

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA

E.A.P DE OBSTETRICIA

**" PERFIL BIOSOCIAL Y SU RELACIÓN CON LOS
CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS SOBRE LA
ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA DE
LAS USUARIAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
DEL CENTRO DE SALUD EL ÁLAMO, JUNIO -
2015."**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia

AUTOR

Karol Juliette López Ramírez

ASESOR

Dora Nancy Rodríguez Michuy

Lima – Perú

2015

AGRADECIMIENTO

A mi querida Alma Máter, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, por haberme albergado en sus aulas y formado profesionalmente.

A mi Escuela Académico Profesional de Obstetricia, en especial a cada uno de sus docentes, por haber hecho de mí una profesional competente y con calidad humana.

A la Obstetra Dora Rodríguez Michuy por su asesoría brindada para el desarrollo de la presente tesis.

A la Obstetra María Sánchez Ingunza por su apoyo en la validación del instrumento de la presente tesis y por la orientación brindada para el desarrollo de ésta.

A la Obstetra Maria Esther López Miranda por su apoyo en la validación del instrumento de la presente tesis, por todas las enseñanzas que me brindó durante mi internado en el INMP y por su calidez como ser humano y profesional.

Al Doctor Erasmo Huertas Tacchino por su apoyo en la validación del instrumento de la presente tesis y por sus conocimientos brindados como Docente de la UNMSM.

Al Doctor Luis Meza Santibáñez por su apoyo en la validación del instrumento de la presente tesis y por sus enseñanzas brindadas como Docente de la UNMSM.

A la Obstetra del C.S. El Álamo, Elizabeth Valverde Montoro, por su apoyo incondicional durante la ejecución de la presente tesis y por haberme enseñado con sus actos que no basta con brindar una atención de calidad es indispensable la calidez humana.

Al personal del Centro de salud El Álamo por las facilidades brindadas para el desarrollo de la presente tesis, en especial al Médico Jefe del C.S., Doctor Juan Durante Collazos.

Al personal administrativo de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia que desarrolla una encomiable labor; orientando y facilitando paso por paso hacia la obtención del título profesional.

DEDICATORIA

Todo el esfuerzo materializado en estas páginas que dan inicio a una nueva etapa; se la dedico a mi madre, mi incondicional y abnegada compañera de vida. A mis hermanos, eternos cómplices. A mi padre por haber solventado mi carrera a pesar de todo. A mis familiares que me ayudaron desinteresadamente en diversas situaciones. Y a todas aquellas amistades leales e insustituibles que me acompañaron en esta travesía universitaria. A todos ustedes va dedicada esta tesis como significativa muestra de mi infinito agradecimiento.

INDICE

	Pág.
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
1. INTRODUCCIÓN	7
2. MATERIAL Y METODOS	18
2.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	18
2.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO	18
2.3 MUESTRA DE ESTUDIO O TAMAÑO MUESTRAL	18
2.4 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES	19
2.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	20
2.6 PLAN DE PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	21
2.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS	23
3. RESULTADOS	24
4. DISCUSIONES	39
5. CONCLUSIONES	43
6. RECOMENDACIONES	44
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	45
8. ANEXOS.....	49

Resumen

Objetivo: determinar la relación entre el perfil biosocial con los conocimientos y prácticas sobre la anticoncepción oral de emergencia de las usuarias de planificación familiar del Centro de Salud El Álamo en el mes de junio del año 2015. **Diseño:** estudio de tipo observacional, descriptivo correlacional, prospectivo. **Lugar:** Centro de salud El Álamo. **Participantes:** se trabajó con 95 usuarias que acuden a consulta de planificación familiar durante el mes de junio del año 2015. **Intervenciones:** se realizó un muestreo probabilístico aleatorio simple, utilizándose como instrumento un cuestionario que fue recolectado mediante la técnica de la encuesta. Para el análisis descriptivo de las variables cuantitativas se estimó medidas de tendencia central y dispersión y para el análisis de variables cualitativa se estimó frecuencias absolutas y relativas. Para el análisis inferencial se estimó prueba Chi cuadrado. **Resultados:** en cuanto al perfil social y el perfil biológico en relación al nivel de conocimiento acerca la anticoncepción oral de emergencia, el grado de instrucción ($p=0.032$), el inicio de relaciones sexuales ($p=0.000$) y el número de parejas sexuales ($p=0.002$) fueron los únicos que se relacionaron de manera significativa con el nivel de conocimientos. Al respecto del perfil biológico en relación a la toma de AOE, el número de parejas sexuales ($p=0.013$) y el número de hijos ($p=0.041$) se relacionaron de manera significativa con la toma de AOE. La relación que existe entre el perfil social y la consejería previa al uso de la AOE, se evidencia mediante el grado de instrucción ($p=0.009$). en cuanto al perfil social y biológico en relación a la frecuencia del uso al año de la AOE, se observó que la edad ($p=0.001$), el grado de instrucción ($p=0.000$), el estado civil ($p=0.003$), la ocupación ($p=0.002$), el inicio de las relaciones sexuales ($p=0.000$) y el número de parejas sexuales ($p=0.000$) se relacionan significativamente con la frecuencia del uso de la anticoncepción oral de emergencia **Conclusión:** el perfil biosocial se relaciona de manera significativa con los conocimientos y prácticas sobre la anticoncepción oral de emergencia en las usuarias de planificación familiar del Centro de Salud El Álamo en el mes de junio del año 2015.

Palabras claves: Perfil biosocial, conocimientos, anticoncepción oral de emergencia, planificación familiar.

Abstract

Objective: To determine the relationship between biosocial profile with the knowledge and practices about emergency oral contraception users of family planning of the Health Center in the Alamo June 2015. **Design:** observational study of type descriptive correlational, prospective. **Place:** Health Center "El Álamo". **Participants:** it worked with 95 clients who attend family planning clinics during the month of June 2015. **Interventions:** simple random probability sampling was conducted to measure the study variables, it were used as an instrument a questionnaire gathered by the survey technique. For the descriptive analysis of quantitative variables and measures of central tendency and dispersion it was estimated for analyzing qualitative variables absolute and relative frequencies were estimated. For the inferential analysis the Spearman Chi cuadrado was used. **Results:** in terms of social profiling and biological profile in relation to the level of knowledge about oral emergency contraception, the level of education ($p=0.032$), the initiation of sexual intercourse ($p=0.000$) and the number of sexual partners ($p=0.002$) were the only ones who were associated significantly with the level of knowledge. Regard the biological profile in relation to the taking of AOE, the number of sexual partners ($p=0.013$) and number of children ($p=0.041$) were significantly associated with taking AOE. The relationship between the social profile and counseling prior to the use of AOE, is evidenced by the level of education ($p = 0.009$). in terms of social and biological profile in relation to the frequency of use per year of AOE, we observed that age ($p=0.001$), the level of education ($p=0.000$), marital status ($p=0.003$) occupation ($p=0.002$), the initiation of sexual intercourse ($p=0.000$) and the number of sexual partners ($p=0.000$) were significantly related to the frequency of the use of emergency contraception **Conclusion:** The biosocial profile is significantly associated with knowledge and practices about emergency contraception in family planning users of the Health Center The Alamo in June 2015.

Keywords: Biosocial profile, knowledge, oral emergency contraception, family planning.

1. INTRODUCCIÓN

La anticoncepción de emergencia es una importante estrategia de regulación de la fertilidad, que se ha erigido mundialmente como un significativo instrumento para mejorar la Salud Sexual y Reproductiva (SSR)¹, con la finalidad de prevenir el embarazo indeseado y evitar posibles condiciones de riesgo como el aborto. La Organización Mundial de la Salud recomienda su uso como método alternativo de anticoncepción, específicamente en caso de emergencia, pues manifiesta que tiene una eficacia en la reducción de embarazos no deseados del 60% al 80% y su efectividad se incrementa mientras se utilice lo más pronto posible después de la relación sexual².

La prevención del embarazo no deseado permite a la gestión de la política sanitaria que mejore los índices respecto al número de abortos clandestinos, de muertes maternas por aborto, de embarazos adolescentes e incluso de abandono infantil. Sin embargo, a pesar que la anticoncepción oral de emergencia (AOE) constituye una potencial respuesta a esta problemática, se ha generado un ambiente de controversia en torno a ella, debido a que muchos sectores de la población mundial, le atribuyen un efecto abortivo, originando que los gobiernos de distintos países no autoricen su distribución en las instituciones de salud³.

En América Latina, la introducción de la AOE en los servicios de planificación familiar se ha visto un tanto obstaculizada por una serie de problemas comunes, que ocasionan que el método se mantenga fuera de los servicios oficiales de planificación familiar. Esto es debido a la continua oposición de los grupos de ultraderecha, quienes le hacen contra campaña; lo cual provoca que el profesional de salud encargado del área de planificación familiar no brinde la suficiente información sobre el uso y las prácticas para la toma de este método. Esta situación genera que las usuarias tengan un conocimiento escaso acerca de este tema⁴.

Tal es el caso que en diferentes países a nivel mundial, y en el Perú específicamente, se han realizado investigaciones sobre el uso del anticonceptivo oral de emergencia y en relación a las características de la población que accede a este método, llegando a recomendarse como una de las posibles alternativas para las usuarias, a pesar de las polémicas que genera su uso. Además de su reincorporación al sistema de salud; entre estos estudios resaltan:

Escobar et al. (Chile, 2008) realizaron una investigación titulada “Perfil biosocial de las usuarias que demandan la píldora de anticoncepción de emergencia en un Centro de Salud de Santiago, 2006-2007”, encontrando que el perfil obtenido es de una mujer joven con una edad promedio de 23,6 años, soltera, estudiante, beneficiaria exenta de pago del sistema de salud público, con edad promedio de inicio de relaciones sexuales de 16,2 años, que ha tenido entre una y dos parejas sexuales, sin hijos, que no utiliza un método anticonceptivo habitual y que consulta por haber tenido una relación sexual no protegida en las últimas 24 horas⁵.

Gómez y cols. (Colombia, 2010) llevaron a cabo un estudio titulado “Anticoncepción de emergencia hormonal: conocimientos, actitudes y prácticas en estudiantes universitarias. Estudio de corte transversal. Colombia. 2008” en el que evidenciaron que la edad promedio de las estudiantes fue 22.5 años, eran solteras (96%), han iniciado su vida sexual (76%) y utilizan condón (27%). En los conocimientos sobre la AEH, sólo la tercera parte identifica el verdadero mecanismo de acción, el 25% manifiesta no saber la efectividad de la AEH y sólo el 2% conoce el tiempo límite de uso. Seis de cada 10 estudiantes la han utilizado alguna vez, 2% la ha utilizado hasta 4 veces, y el 17% ha cambiado su método rutinario por utilizar AEH⁶.

Rocca et al. (India, 2013) efectuaron un estudio titulado “La aceptabilidad y el uso de la anticoncepción de emergencia entre las mujeres casadas en Bangalore, India”, donde observaron que las mujeres indias que tiene acceso a los anticonceptivos de emergencia generalmente los utilizan correctamente, es decir realizaron la toma del AOE dentro de los 3 días de relaciones sexuales sin protección y ambas píldoras juntas a 1 día de diferencia⁷.

Ball et al. (Kuwait-Arabia, 2006) realizaron una investigación titulada “Conocimiento y actitud hacia la anticoncepción hormonal de emergencia entre las mujeres casadas en Kuwait”, evidenciado que el conocimiento de la anticoncepción hormonal de emergencia es baja entre las mujeres en Kuwait⁸.

Peña et al. (Lima, 2008) llevaron a cabo un a trabajo titulado “Características de las usuarias que emplean anticoncepción oral de emergencia en sedes de INPPARES de Chimbote y Lima”, hallando que las usuarias presentan como características ser de instrucción secundaria o superior, estudiante, tener una edad entre 20 a 30 años y ser de unión estable. En lo que respecta a las prácticas, el tiempo transcurrido para la

toma del AOE fue de 33 horas y la causa principal de su uso fue el tener relaciones sexual no protegidas⁹.

Así pues, en nuestro país, la realidad no es distinta, puesto que la implementación de la anticoncepción de emergencia, está siendo postergada por serios obstáculos de parte de los opositores a este método, quienes por su falta de conocimiento actualizado sobre el mecanismo de acción del Levonorgestrel se aferran a opiniones que han sido científicamente descartadas, siendo eliminada la distribución de este método en su totalidad por parte de los establecimientos de salud¹⁰.

El Centro de Salud El Álamo, como centro modelo de atención integral y oportuna, recibe diariamente una población considerable de usuarias de planificación familiar, procedentes de diferentes sectores del Callao, como Cercado de Callao y Ventanilla, además de otros sectores como San Martín de Porres, Los Olivos, etc. Cada paciente cuenta con un perfil sociodemográfico propio del lugar de procedencia, aunado a ello se encuentran las características biológicas y culturales que hacen de la usuaria una persona única e incomparable, es por ello que se observan diversas problemáticas en cuanto al uso de la anticoncepción de emergencia, debido al tipo de información que tienen las usuarias o a las costumbres que ellas poseen, propio de su diversidad cultural. Cabe resaltar, que en la práctica clínica, se ha observado escaso conocimiento principalmente sobre el uso de la AOE, utilizándola, en muchas oportunidades, como método regular, lo cual, según lo evidenciado, es incorrecto; también se ha identificado que un grupo poblacional de pacientes no conoce la existencia de este método o simplemente lo ha escuchado, pero no sabe de sus propiedades o beneficios para evitar un embarazo no deseado o no planificado. Esta situación es generada por la problemática legal que impide al Minsa distribuir la AOE, lo cual restringe una adecuada orientación sobre su utilización por parte del personal de salud capacitado en Salud Sexual y Reproductiva.

El origen de la anticoncepción de emergencia se sitúa en Holanda, a mediados de la década de los sesenta, cuando el Dr. Holandés Ary Haspels, pionero en el campo de la planificación familiar suministró una alta dosis de estrógenos a una niña de 13 años que había sido víctima de violación sexual. De esta forma, se inició la anticoncepción de emergencia y las investigaciones para adaptar las dosis hormonales a la mujer de tal forma que se obtuviera el máximo de eficacia anticonceptiva con el mínimo de aporte hormonal y efectos secundarios^{11, 12}.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la anticoncepción de emergencia se refiere a métodos que las mujeres pueden usar como una alternativa y solo en caso de emergencia, dentro de los primeros días posteriores a una relación sexual sin protección, con el objetivo de prevenir un embarazo no deseado. No se considera un método de planificación familiar^{13, 14, 15}.

Los anticonceptivos de emergencia se dividen en¹⁶:

Métodos anticoncepcionales hormonales: consisten en la administración poscoital de esteroides estrogénicos y progestacionales.

Métodos anticoncepcionales no hormonales: consisten en la colocación de dispositivos intrauterinos postcoitales de cobre.

Para efectos del presente estudio solo detallaremos al anticonceptivo oral de emergencia, perteneciente a los métodos anticonceptivos hormonales.

El anticonceptivo oral de emergencia es un medicamento oral que simula el efecto de las hormonas ováricas y está preparado de estrógenos y progestágenos sintéticos¹⁶.

Existen 2 regímenes hormonales para la AOE¹⁶:

Tabletas anticonceptivas hormonales combinadas: Los anticonceptivos orales combinados (AOC) son preparados de estrógenos y progestágenos sintéticos. Hay dos tipos de AOC: monofásicos (son todas las píldoras del ciclo que tienen la misma concentración de hormonas estrogénicas y progestacionales) y multifásicos (para cada ciclo hay 2 (bifásicas) o 3 (trifásicas) variantes en las concentraciones de estrógeno y/o progesterona). En el esquema combinado que se recomienda en la actualidad (método de Yuzpe), las píldoras de estrógeno y progestágenos incluyen una combinación de 50 mcg de etinilestradiol y 0,25 mg de levonorgestrel o 0,5 mg de norgestrel tomadas en 2 dosis separadas por 12 h (para una dosis total de 200 mg de etinilestradiol y 1 mg de levonorgestrel o 2 mg de norgestrel). El esquema de administración de dosis del Método Yuzpe se detalla en el Anexo IV.

Tabletas anticonceptivas de progestágeno solo: Las píldoras de progestágeno solo son anticonceptivos hormonales que solamente contienen progestágenos. El régimen de tabletas de progestágenos solo consiste en la administración de una dosis total de 1,50 mg de levonorgestrel que se puede administrar en dosis única de 1,5 mg o dividida en 2 dosis de 0,75 mg=750 mcg cada una, tomadas con un intervalo de 12 h.

Cabe mencionar que este principio activo, Levonorgestrel, ha generado una considerable polémica, ya que algunos sectores señalan que su uso como anticonceptivo después de las relaciones coitales posee efectos abortivos. En respuesta a esta situación se han realizado diversos estudios científicos para describir los mecanismos de acción. Una revisión sistemática de varias investigaciones llegó a la conclusión que la AOE solo previene la fecundación, no interfiere con la anidación del huevo si se ha producido la fecundación, y tampoco interfiere con el desarrollo de un huevo que se ha implantado¹⁷. El esquema de administración de dosis del Método de solo progestágeno se detalla en el Anexo IV.

Diversas organizaciones e instituciones mundiales de salud respetadas por su credibilidad y objetividad basada en evidencias científicas han respaldado los resultados de una serie de estudios que buscaban esclarecer los mecanismos de acción de la AOE como el Instituto Chileno de Medicina Reproductiva-ICMER, la División de Obstetricia y Ginecología del Hospital Karolinska en Estocolmo, el Servicio de Salud Reproductiva – México, el Departamento de Ginecología y Obstetricia de la Universidad de Johns Hopkins-Baltimore y el Laboratorio de Investigaciones sobre Esteroides del Instituto de Biomedicina de la Universidad de Helsinki-Finlandia¹⁸.

La AOE de tipo hormonal actúa en el moco cervical y en los ovarios:^{4, 19}

En el moco cervical. Los Anticonceptivos Orales incluyendo la AOE actúan espesando el moco cervical. Este efecto complementario, de dificultar el ascenso de los espermatozoides hacia las trompas de Falopio y prevenir la fecundación es por la acción de la progesterona sintética (Levonorgestrel).

En el ovario, inhibiendo o postergando la ovulación. La alta dosis de hormonas sintéticas inhibe o posterga la ovulación, ya que evita que se dé el pico de LH (hormona luteinizante secretada por una porción del cerebro), la cual es indispensable para que ocurra la ovulación. Sin embargo este efecto es solo temporal por lo que un tratamiento de AOE protege solo de un coito sin protección.

Respecto a la **tasa de efectividad**, cuanto más temprano y correctamente usado sea el AOE mayor probabilidad de eficacia. En las mujeres que usan L-norgestrel llega hasta el 95% y en las mujeres que usan fórmulas combinadas (Método de Yuzpe) llegan hasta el 75%^{4, 20}.

Está **indicado el uso del AOE** en los siguientes casos o situaciones⁴: cuando las mujeres han tenido una relación sexual contra su voluntad (violación), mujeres con violencia sexual familiar, cuando no se usa regularmente un método anticonceptivo, cuando el condón se ha roto o se deslizó, cuando el DIU ha sido expulsado, cuando la mujer ha olvidado de tomar más de 2 días sus anticonceptivos orales o se ha retrasado más de 2 semanas en recibir su inyectable anticonceptivo (Depoprovera) y cuando tenido una relación sexual sin usar otro método de planificación familiar, cuando usaron el coito interrumpido y cuando usaron el método del ritmo y tienen dudas sobre su efectividad.

Entre las **características de los anticonceptivos orales emergencia** se encuentran los siguientes²⁰: No es un método para uso regular, debe ser considerada como una alternativa de uso excepcional; se puede indicar a cualquier edad y/o paridad; es eficaz si se usa lo más rápido dentro de las 72 horas de la relación sexual sin protección; método dependiente de la usuaria, de la rapidez para tomar las pastillas, no requiere un examen pélvico previo a su uso, no brinda protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), no previenen las infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH/SIDA, ni el HTVL1 y no se ha reportado malformaciones congénitas en los recién nacidos, en caso de falla del método.

El **modo de uso de los AOE** depende del régimen hormonal que se use^{4, 14}:

Método de Yuzpe. Es el más estudiado de anticoncepción oral poscoito, pues permite evitar un embarazo dentro de las primeras 72 horas, después de haber tenido relaciones sexuales sin protección. Este ha sido el régimen más utilizado en AE durante los últimos años y debe su nombre al médico Canadiense Albert Yuzpe quien inició en el año 1960, los estudios clínicos de seguridad y eficacia anticonceptiva. Este método consiste en la administración de dos dosis, cada una conteniendo 100 µg de Etinilestradiol (EE) y 250 µg de Levonorgestrel (LNG), administrándose la primera dentro de las 72 horas de haber ocurrido el coito y repitiendo la segunda 12 horas después (ver Tabla N°1 de Anexo IV). Los efectos secundarios del método Yuzpe son los mismos que se experimentan comúnmente con el uso a corto plazo de anticonceptivos orales: náuseas, vómitos, dolores de cabeza, hipersensibilidad de mamas, dolores abdominales y mareos.

Método de solo Progestágeno. Su uso para la contracepción de emergencia fue informado por primera vez por Ho y Kwan. Este método consiste en la administración

de una tableta de 0.75 mg de Levonorgestrel (LNG), el isómero activo del norgestrel, tan pronto como sea posible y dentro de un periodo no mayor de 72 horas del coito, seguida de otra dosis similar 12 horas después (ver Tabla N° 2 de Anexo IV). Dentro de las ventajas que exhibe este método está el ser mejor tolerado y resulta más eficaz que el método Yuzpe. Investigadores de la OMS sugieren que este régimen solo de progestina reemplaza al régimen de Yuzpe, debido a que es más eficaz y tiene menos efectos secundarios.

Asimismo, es importante considerar que la eficacia disminuye cuando aumenta el intervalo entre la relación sexual y el tratamiento; la Federación Latinoamericana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia señala que la eficacia de la AOE es de 95% hasta las 24 horas; 85% entre las 24 a 48 horas, de 58% entre las 49 a 72 horas y algo menor hasta las 120 horas (5 días) ²¹, por ello su uso es recomendable antes de las 72 horas. Esto se respalda con las indicaciones de algunos anticonceptivos de emergencia que son distribuidos como el Postinor y el Escapel, en los que se contempla que la forma de toma debe ser dentro de las 72 horas ^{22, 23}.

La AOE está destinada a que se le use una sola vez y de manera ocasional. Si una mujer la utiliza varias veces durante 1 año, el riesgo acumulado de embarazo sería mayor que si utiliza constantemente un método moderno²⁴. Cabe señalar que el tomar frecuentemente durante un año, disminuye la efectividad del método.

En cuanto a los beneficios de la anticoncepción oral de emergencia, se ha demostrado que evita embarazos no deseados, cuando no se han usado otros métodos antes del acto sexual, siendo en estos casos, el último recurso para evitar un aborto provocado o las consecuencias que provoca, para un niño, la mujer y la familia, un nacimiento no deseado. Esto es importante en América Latina, desde la perspectiva de salud pública y personal, dado el elevado número de abortos provocados, embarazos en adolescentes e hijos no deseados, abandonados o maltratados. Este método presta especial ayuda a las mujeres que han sido violadas y quieren evitar un embarazo. Cabe destacar que el uso de anticoncepción en caso de violación ha sido aceptado por importantes teólogos católicos como legítima defensa contra las posibles consecuencias de una agresión injusta²⁵.

Al respecto de los **efectos secundarios**, las mujeres que utilizan las píldoras de AE pueden sentir náuseas, vómitos, dolor de cabeza, mareos, cansancio y sensibilidad en las mamas, pero estas molestias no duran más de 24 horas. También pueden presentar un sangrado o goteo irregular. No se presentan efectos cardiovasculares asociados al uso de las píldoras de AE, como lo demostró un estudio que evaluó su administración en 73.302 mujeres y 100.615 dosis prescritas sin que se reportaran casos de enfermedad tromboembólica. No se conocen otros efectos médicos adversos por lo que no hay riesgos para la salud asociados al uso de píldoras anticonceptivas de emergencia. No se conocen efectos teratogénicos sobre el feto en caso de uso inadvertido durante la fase temprana del embarazo²⁵.

No existen contraindicaciones médicas conocidas para el uso ocasional de las pastillas anticonceptivas de emergencia. Sin embargo, la mujer embarazada no debería tomar el AOE, por el hecho de que no interrumpirá el embarazo¹⁸.

El perfil biosocial, hace referencia a todas las características de la esfera social y biológica como la edad, el nivel educativo, estado civil, religión, etc., que van a determinar a un grupo de personas.

El conocimiento se refiere a la incorporación de información y nuevas experiencias en base a la experiencia, valores, información contextual y puntos de vista de expertos²⁶.

Las prácticas se refieren a las actividades del ser humano sobre el medio en el que se desenvuelve, en diferentes situaciones, siendo motivados por contextos sociales, culturales, ideológicos o de otra naturaleza²⁷.

La anticoncepción de emergencia es un método auxiliar que debe administrarse sólo en casos de emergencia y no como un método anticonceptivo habitual. Muchas mujeres no saben o tienen ciertas falencias respecto a los métodos anticonceptivos de emergencia, los cuales están a su disposición en farmacias y el factor tiempo es muy importante para aplicar estos métodos; por tanto, durante las sesiones de consejería de planificación familiar se les debe educar a las pacientes sobre la anticoncepción de emergencia, pues de esta manera se mejorará su uso²⁸.

Diversos estudios realizados en población general y en estudiantes universitarios, respaldan todo lo estipulado, es decir que el conocimiento sobre la anticoncepción oral

de emergencia alcanza un nivel entre medio y bajo, lo cual se pudo ver reflejado en las prácticas^{6, 29-33}.

Asimismo, es un tema ampliamente difundido y debatido en los medios de comunicación, debido a un importante incremento de la demanda así como la dispensación gratuita en determinadas comunidades autónomas. El consumo va aumentando paulatinamente y en edades cada vez más tempranas. Desde los centros de salud se tiene la percepción de que se está empleando la AOE como método anticonceptivo habitual en vez que sea de manera excepcional y de urgencia lo cual es su indicación, sobre todo por los adolescentes. Esto se debe, posiblemente, al desconocimiento por parte de los usuarios, así como a la existencia de ideas erróneas o desinformación⁹.

A comparación de otros continentes, en Latinoamérica se ha llevado a cabo un arduo y complicado trabajo para poder introducir los AOE, ya sea mediante la distribución gratuita por los gobiernos o la comercialización en el sector privado.

En muchos países latinoamericanos se han tenido que librar largas luchas judiciales; a excepción de Brasil, en el cual no hubo oposición¹⁰. A continuación se muestra un fragmento de un libro⁹ que tuvo como objetivo, desde el punto de vista de una abogada, analizar todos los procesos judiciales en contra de la introducción de la AOE.

“Como se ha indicado, de los quince procesos judiciales sobre AOE, catorce han sido iniciados para evitar su distribución y comercialización, y sólo uno para obligar al Ministerio de Salud a distribuirla gratuitamente. De los diez procesos judiciales concluidos, puede afirmarse que cuatro culminaron con una sentencia contraria a la AOE (uno en Argentina, dos en Chile y uno en Ecuador). De los cuatro restantes, cuyas resoluciones podrían ser consideradas favorables a la AOE, dos concluyeron con una sentencia que rechazó las demandas por cuestiones de forma (Colombia y México), y sólo en dos se obtuvo una sentencia favorable que se pronunció sobre el fondo del asunto (Chile y Perú). En los otros dos casos (Chile) la Corte Suprema omitió un pronunciamiento sobre el fondo, sosteniendo que la norma que originaba el recurso de protección había sido declarada inconstitucional por el Tribunal Constitucional”.

El desarrollo de la presente investigación permitirá que los profesionales responsables del programa de planificación familiar del Centro de Salud El Álamo reconozcan la caracterización del grupo de mujeres que hace uso de la anticoncepción oral de

emergencia, su nivel de conocimientos y la forma de uso de este método. Cuyo objetivo deberá ser la mejora de las políticas internas manejadas por el establecimiento en cuanto a la planificación familiar, incluyendo dentro de su programa: consejerías, charlas y/o talleres, respecto al tema de la anticoncepción oral de emergencia. Lo cual beneficiará a las usuarias de planificación familiar; pues al tener un panorama sobre sus necesidades respecto a la anticoncepción oral de emergencia, se podrá abarcar mejor las consejerías que se brindan durante su atención en la institución. Y así erradicar dudas y confusiones con respecto al uso del AOE, permitiendo que mejoren sus prácticas si en algún momento de sus vidas volvieron a hacer uso de este método.

Además el estudio propiciará que los profesionales de salud en formación (estudiantes de obstetricia) formulen y creen propuestas que eduquen a las mujeres sobre la AOE, lo cual evitará en muchos casos que este método de emergencia reemplace a los métodos anticonceptivos de uso regular. A su vez esto permitirá incorporarlas a los programas regulares de control de la fecundidad; y así reducir el riesgo de embarazos no deseados y abortos, los cuales aumentan la tasa de mortalidad materna.

Finalmente el estudio servirá como precedente para que las autoridades responsables de las políticas de salud sexual y reproductiva tomen conciencia sobre la importancia de la modificación de las guías nacionales de anticoncepción, teniendo en consideración las características sociales y biológicas de las usuarias de este método. Además tomarán conciencia sobre la necesidad de la distribución de la AOE por parte del Minsa, lo cual permitirá mayor control en la orientación a las mujeres sobre este método de emergencia.

Ante lo indicado nos formulamos la siguiente pregunta: ¿Cuál es la relación entre el perfil biosocial con los conocimientos y prácticas sobre la anticoncepción oral de emergencia de las usuarias de planificación familiar del Centro de Salud El Álamo en el mes de junio del año 2015?

Objetivos:

Objetivo general

Determinar la relación entre el perfil biosocial con los conocimientos y prácticas sobre la anticoncepción oral de emergencia de las usuarias de planificación familiar del Centro de Salud El Álamo en el mes de junio del año 2015.

Objetivos específicos

Describir el perfil biosocial de las usuarias que hacen uso de la anticoncepción oral de emergencia atendidas en el consultorio de planificación familiar.

Determinar el nivel de conocimientos sobre la anticoncepción oral de emergencia de las usuarias de planificación familiar.

Identificar las prácticas sobre la anticoncepción oral de emergencia de las usuarias de planificación familiar.

Relacionar el perfil biosocial y el nivel de conocimiento sobre la anticoncepción oral de emergencia de las usuarias de planificación familiar.

Relacionar el perfil biosocial y las prácticas sobre el uso del anticonceptivo oral de emergencia en las usuarias de planificación familiar.

Hipótesis de la investigación

El perfil biosocial se relaciona significativamente con los conocimientos y prácticas sobre la anticoncepción oral de emergencia en las usuarias de planificación familiar del Centro de Salud El Álamo en el mes de junio del año 2015.

2. MATERIAL Y METODOS

2.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Estudio de tipo observacional, descriptivo correlacional, prospectivo.

2.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO

Usuaris atendidas en el consultorio de planificación familiar del Centro de Salud El Álamo en el mes de junio del año 2015.

2.3. MUESTRA DE ESTUDIO O TAMAÑO MUESTRAL

Unidad de Análisis: Usuaris que hace uso de la anticoncepción oral de emergencia y es atendida en el consultorio de planificación familiar del Centro de Salud El Álamo en el mes de junio del año 2015.

Tamaño Muestral: se calculó mediante la fórmula para muestra finita, tomando en cuenta la proyección de atenciones para el mes de junio del año 2015 en el consultorio de planificación del Centro de Salud El Álamo (260 usuarias según registros del servicio).

Para el cálculo de la muestra se debió considerar los siguientes parámetros:

N= población estimada de usuarias = 260

Z (95%) = Grado de confiabilidad de la muestra = 1.95

p= proporción esperada de la muestra = 50% = 0.5

q = complemento de p (1-p) = 1-0.5= 0.5

e = porcentaje de error = 5% = 0.05

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q} \Rightarrow n = \frac{260 * 1.95^2 * (0.5 * 0.5)}{0.05^2 * (260 - 1) + 1.95^2 * 0.5 * 0.5} = 95$$

El tamaño de la muestra es de 95 usuarias que acuden a consulta de planificación familiar durante el mes de junio.

Tipo de muestreo: se realizó un muestreo probabilístico aleatorio simple, ya que todas las usuarias tuvieron la misma posibilidad de participar, tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión del estudio.

Marco de muestreo: El número de historias clínicas de cada una de las usuarias que acuda a planificación familiar del Centro de Salud El Álamo de lunes a sábado en el mes de junio del año 2015.

Criterios de inclusión

Usuaría de 15 a 45 años.

Usuaría de planificación familiar que haya hecho uso de la anticoncepción oral de emergencia.

Usuaría que quiera colaborar voluntariamente con su participación.

Criterios de exclusión

Usuaría sin instrucción.

Usuaría que acuda con su pareja.

2.4. DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

Perfil biosocial: conjunto de características de orden biológico y social como la edad, estado civil, grado de instrucción, religión, etc. que representa a la población usuaria del anticonceptivo oral de emergencia.

Nivel de conocimiento sobre la anticoncepción oral de emergencia: grado de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje que tienen las usuarias sobre el anticonceptivo oral de emergencia

Prácticas sobre la anticoncepción oral de emergencia: acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos sobre la anticoncepción oral de emergencia, de acuerdo a la situación que se presente.

2.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS:

La técnica que se aplicó para la recolección de la información fue la encuesta a las usuarias de planificación familiar.

Se utilizó como instrumento un cuestionario de preguntas abiertas y cerradas estructurados en tres partes. En la primera parte se recolectaron datos relacionados al perfil biosocial de las usuarias, los cuales corresponderán a sus características sociodemográficas y a sus antecedentes gineco-obstétricos; este nivel estuvo conformado por 11 preguntas. En la segunda parte se plantearon preguntas que evalúan el nivel de conocimientos de las usuarias sobre la anticoncepción oral de emergencia, este nivel estuvo conformado por 15 preguntas. La tercera parte estuvo conformada por premisas que reconocían las prácticas del uso de la anticoncepción oral de emergencia en las usuarias que acuden al consultorio de Planificación Familiar del Centro de Salud El Álamo, durante el mes de junio del 2015 (Ver Anexo N° III).

El instrumento pasó por dos etapas, una de validación y otra de confiabilidad.

La validación se realizó mediante el juicio de expertos, para lo cual el cuestionario fue evaluado por 6 jueces (3 obstetras, 2 médicos y un estadístico) o expertos en el tema; luego los datos fueron analizados mediante la “Prueba Binomial” obteniendo una validez buena. (Ver Anexo N° V).

La confiabilidad del cuestionario de conocimientos se realizó mediante la prueba piloto, para lo cual se encuestaron a 30 usuarias del Centro de Salud Sesquicentenario, que cumplían con los criterios de selección de la muestra. Este procedimiento se realizó para evaluar las preguntas y/o premisas planteadas, y si estas eran entendidas por la población objetivo; para hallar el grado de confiabilidad se utilizó el análisis estadístico de Kuder Richardson (respuestas dicotómicas), obteniendo un puntaje de 9.2, siendo muy confiable (Ver Anexo N° VI).

2.6. PLAN DE PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Para poder cumplir con los objetivos del estudio se siguió el siguiente procedimiento:

Primero. Evaluación del Protocolo de investigación: se presentó el protocolo de investigación a las autoridades de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos a través de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia y su comité de ética e investigación, para que emitan la aprobación del estudio.

Segundo. Solicitud de autorización: se solicitó la autorización al Director del Centro de Salud El Álamo para iniciar con la recolección de los datos, para lo cual se tuvo que cumplir con los requisitos establecidos por el establecimiento, entre los cuales se consideró la evaluación de presente proyecto.

Tercero. Proceso de selección: se procedió a acudir de lunes a sábado durante los horarios de atención del consultorio de planificación familiar del Centro de Salud El Álamo en el mes programado para la recolección de datos.

Cuarto. Selección de la muestra: se procedió a encuestar a las usuarias que acudían al servicio de planificación y cumplían con todos los criterios de inclusión y exclusión, los cuales fueron evaluados previamente tras la revisión de sus historias clínicas, en donde se encuentran registrados, además de los datos personales de las usuarias, sus antecedentes de anticoncepción oral de emergencia, que es lo básico y necesario para poder identificar a las usuarias que participaron del estudio.

Quinto. Proceso de consentimiento informado: se le informó a cada usuaria seleccionada los objetivos del estudio y la importancia de su participación mediante el llenado del cuestionario anónimo. Aquella usuaria menor de edad que deseaba participar del estudio se le pidió también la autorización del padre o apoderado. La aceptación por parte de las mujeres seleccionadas debió materializarse a través de su firma en el consentimiento informado que se les proporcionó (Ver anexo N° 1).

Sexto. Aplicación del cuestionario: seguidamente a las usuarias seleccionadas se les proporcionó el cuestionario para que procedan y den respuesta a las preguntas y premisas planteadas. Cabe resaltar que el investigador estuvo presente durante el llenado de datos, ante cualquier duda o pregunta que surja por parte de la encuestada; sin embargo se evitó invadir la privacidad de la usuaria para que los datos que se recolecten sean lo más objetivos posibles.

A cada participante se le dio una copia del consentimiento informado, si lo solicitasen.

El análisis de los datos se realizó previo control de la calidad de los datos recolectados durante la encuesta.

Luego todas las preguntas de los cuestionarios fueron ingresados a una base de datos, que fue elaborada en el programa SPSS v.21, para su análisis y procesamiento. Cada variable ingresada fue analizada mediante estadísticos descriptivos tales como, frecuencias absolutas y relativas, medidas de tendencia central (medias y desviación estándar). Las relaciones entre el perfil biosocial y los conocimientos y actitudes de las usuarias fueron estimados mediante la prueba estadística de chi cuadrado, el cual permitió evaluar el grado de asociación entre estas variables; un p valor (grado de significancia) menor de 0.05 indicó que las variables estudiadas se encuentran relacionadas.

Todos los resultados analizados fueron presentados en tablas y gráficos según permita entender mejor los resultados del estudio, cada uno con su respectiva interpretación descriptiva de los datos.

2.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para poder desarrollar el estudio se hizo necesario cumplir con ciertos principios de la ética médica.

Teniendo en cuenta los principios de beneficencia y no maleficencia, las preguntas del cuestionario, no dañaran la integridad física ni moral de las encuestadas; por el contrario, las preguntas estuvieron diseñadas de manera tal, que se resguarde la identidad de la usuaria y que no vayan en contra de su susceptibilidad; por el contrario, permita obtener resultados que mejoren la calidad de atención del servicio que se brinda durante las consejerías en la institución en pro de sus satisfacción.

Garantizando el principio de autonomía de cada una de las mujeres seleccionadas para el estudio; se trabajó únicamente con aquellas que después de informarles los objetivos y el propósito del estudio acepten colaborar con el llenado del cuestionario.

Además durante el proceso de recojo de información a través del cuestionario cada mujer seleccionada fue tratada con respeto y gratitud.

Todo lo concerniente a los aspectos éticos fue dado a conocer a las participantes en el documento del consentimiento informado (Ver anexo N° I).

3. RESULTADOS

Luego de analizadas cada una de las respuestas emitidas por las usuarias de planificación familiar, se presentan los resultados sobre el perfil sociodemográfico y biológico de las participantes, sus conocimientos sobre la anticoncepción oral de emergencia, con la respectiva gráfica por niveles del conocimiento, además se presenta un cuadro sobre las prácticas de las usuarias y finalmente los cuadros de doble entrada que permitirán observar la relación entre el perfil biosocial y los conocimientos - prácticas.

Cuadro N°1:

Perfil biológico de las usuarias de planificación familiar del Centro de Salud El Álamo-junio 2015.

PERFIL BIOLÓGICO		N	%
Inicio de relaciones sexuales 17.08 ± 1.75 (14– 21)	< 18 años	60	63.2%
	> o igual 18 años	35	36.8%
Número de parejas 2.80± 1.44 (1– 6)	< o igual a 2	53	55.8%
	> 2	42	44.2%
Número de hijos 1.45 ± 0.80 (0– 4)	< o igual a 2	88	92.6%
	> 2	7	7.4%

Fuente: *Cuestionario ad hoc*

En el Cuadro N°1 se observa el perfil biológico de las usuarias, donde la edad promedio de inicio de relaciones sexuales es de 17 años, habiendo iniciado la mayoría de las usuarias (63.2%), antes de los 18 años. El número de parejas sexuales promedio es de 2.8 y el 55.8%, ha tenido de dos a menos parejas sexuales. El número de hijos promedio es 1.45 y la mayoría (92.6%) tiene menos de tres hijos (< o igual a 2).

Cuadro N°2:

Perfil social de las usuarias de planificación familiar del Centro de Salud El Álamo-junio 2015.

PERFIL SOCIAL		
Edad promedio	26.22 ± 5,33 (18 – 40)	
Grado de instrucción	N	%
Primaria	1	1.1%
Secundaria	55	57.9%
Superior técnica	35	36.8%
Superior Universitaria	4	4.2%
Estado civil	N	%
Soltera	14	14.7%
Casada	12	12.6%
Conviviente	69	72.6%
Separada	0	0.0%
Ocupación de la usuaria	N	%
Ama de casa	69	72.6%
Estudiante	9	9.5%
Trabajadora dependiente	7	7.4%
Trabajadora independiente	10	10.5%
Lugar de Procedencia	N	%
Callao	73	76.8%
Lima	22	23.2%
Religión de la usuaria	N	%
Católica	85	89.5%
Evangélica	7	7.4%
Ninguna	2	2.1%
Otros	1	1.1%
TOTAL	95	100%

Fuente: *Cuestionario ad hoc*

En el Cuadro N°2 se muestra el perfil social de las usuarias que acuden al Centro de Salud El Álamo, el cual está graficado por lo siguiente: la edad promedio es de 26 años; el grado de instrucción es secundario (57.9%), el estado civil es conviviente (72.6%), la ocupación es ama de casa (72.6%), el lugar de procedencia es el Callao (76.8%); y la religión es católica (89.5%).

Cuadro N°3:

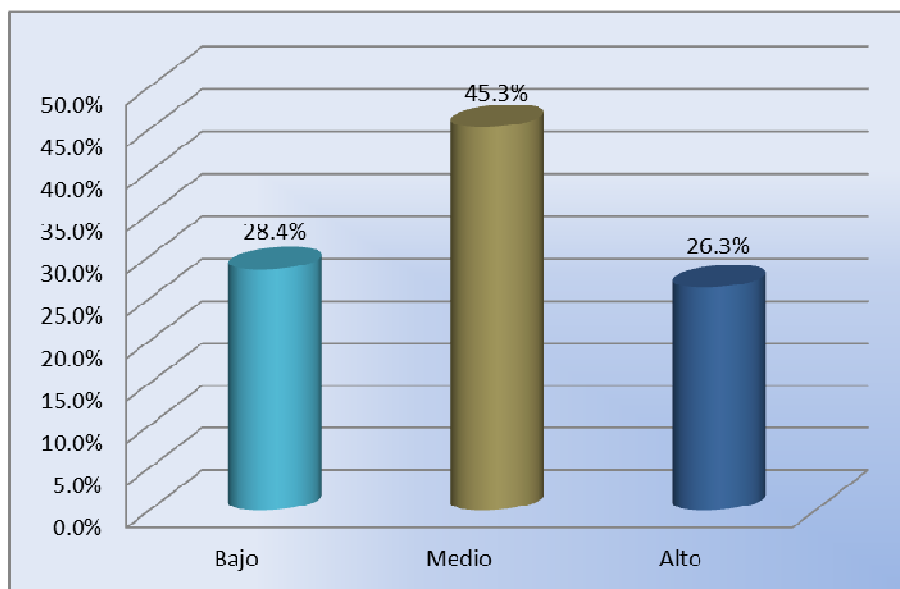
Respuestas de los Conocimientos sobre la anticoncepción oral de emergencia de las usuarias de planificación familiar del Centro de Salud el Álamo-junio 2015.

Conocimientos		N	%
La AOE es un método del prevención del embarazo no deseado	Correcta	94	98.9%
	Incorrecta	1	1.1%
La AOE es un método de planificación familiar	Correcta	76	80.0%
	Incorrecta	19	20.0%
La AOE provoca el aborto	Correcta	56	58.9%
	Incorrecta	39	41.1%
La AOE es 100% seguro	Correcta	49	51.6%
	Incorrecta	46	48.4%
La AOE se utiliza en casos de violación	Correcta	83	87.4%
	Incorrecta	12	12.6%
La AOE se utiliza cuando se rompe el preservativo durante la relación sexual	Correcta	82	86.3%
	Incorrecta	13	13.7%
La AOE se utiliza cuando hay olvido de tomar los anticonceptivos orales	Correcta	39	41.1%
	Incorrecta	56	58.9%
La AOE se utiliza cuando hubo retraso en recibir la ampolla trimestral y hubo relaciones sexuales	Correcta	39	41.1%
	Incorrecta	56	58.9%
La AOE se usa cuando la T de cobre ha sido expulsada por el organismo y hubo relaciones sexuales	Correcta	30	31.6%
	Incorrecta	65	68.4%
La AOE se puede usar de forma continua	Correcta	80	84.2%
	Incorrecta	15	15.8%
La AOE protege de las ITS	Correcta	86	90.5%
	Incorrecta	9	9.5%
La AOE produce malformaciones en los recién nacidos	Correcta	27	28.4%
	Incorrecta	68	71.6%
La primera dosis del AOE es dentro de las 72 horas de haber tenido relaciones sexuales	Correcta	88	92.6%
	Incorrecta	7	7.4%
Las náuseas y dolor de cabeza son síntomas que podrían presentarse posterior a la toma del AOE	Correcta	13	13.7%
	Incorrecta	82	86.3%
El sangrado y el goteo vaginal son signos podrían presentarse posterior a la toma del AOE	Correcta	7	7.4%
	Incorrecta	88	92.6%
TOTAL		95	100%

Fuente: Cuestionario ad hoc

En el cuadro N°3 se muestra los conocimientos sobre la anticoncepción oral de emergencia de las usuarias, donde se observa que la mayoría de ellas conoce sobre la AOE, en lo concerniente a que es un método del prevención del embarazo no deseado (98.9%), no es 100% seguro (51.6%), se utiliza en casos de violación (87.4%) o cuando se rompe el preservativo durante la relación sexual (86.3%), no debe utilizarse de forma continua (84.2%) y que la primera dosis de la AOE es dentro de las 72 horas de haber tenido relaciones sexuales (92.6%); sin embargo en lo relacionado a las indicaciones de la AOE, la mayor parte de las usuarias no sabe que se puede utilizar la AOE cuando hay olvido de tomar los anticonceptivos orales (58.9%); cuando hubo retraso en recibir la ampolla trimestral (58.9%) o cuando la T de cobre ha sido expulsada por el organismo (68.4%) y se tuvo relaciones sexuales. Finalmente, en lo referido a los efectos secundarios, las usuarias desconocen que las náuseas y el dolor de cabeza son síntomas que podrían presentarse posterior a la toma del AOE (86.3%) y que el sangrado y el goteo vaginal son signos que también podrían presentarse posterior a la toma del AOE (92.6%).

Gráfico N°1: Nivel de conocimientos sobre la anticoncepción oral de emergencia en las usuarias de planificación familiar del Centro de Salud El Álamo-junio 2015.



Fuente: Cuestionario ad hoc

El nivel de conocimientos sobre la anticoncepción oral de emergencia de las usuarias es Medio en el 45.3%, Bajo en el 28.4% y Alto en el 26.3% (Ver Gráfico N°1).

Cuadro N°4:

Prácticas de la anticoncepción oral de emergencia en las usuarias de planificación familiar del Centro de Salud el Álamo-junio 2015.

Prácticas sobre la Anticoncepción Oral de Emergencia		N	%
Consejería Previa al uso del AOE por primera vez	No	93	97.90%
	Si	2	2.10%
Frecuencia de uso AOE en un año	1 vez	23	24.20%
	2 veces	27	28.40%
	3 a más veces	45	47.40%
Toma de AOE	Adecuada	80	84.20%
	Inadecuada	15	15.80%

Fuente: *Cuestionario ad hoc*

En el cuadro N°4 se describe lo relacionado a las prácticas de la anticoncepción oral de emergencia donde se observa que la mayor parte de las usuarias refiere: que cuando ha usado por primera vez la AOE no ha tenido consejería previa (97.90%), que la frecuencia anual de uso es de 3 a más veces (47.40%) y que la forma de la toma es adecuada (84.20%).

Además, otras prácticas acerca del uso de la anticoncepción oral de emergencia en las usuarias de planificación familiar han sido: La edad promedio de las mujeres que usaron por primera vez la AOE es 20.41 años, la última vez que la usaron es hace más de un año (67.4%), el motivo de uso fue por no usar un método anticonceptivo de forma continua (98.9%) y el lugar donde adquirieron la AOE es a través de farmacias (68.4%) o de la pareja (23.2%). El AOE que consumieron el 51.6% de las usuarias era de una tableta y el 48.4% consumió el AOE de dos tabletas. Mayormente no recuerdan la marca del AOE que utilizaron (91.6%), sin embargo el 5.3% refirió que utilizó el Postinor 2 y el 2.1% el Postinor 1. Asimismo, la mayoría tomó la primera dosis de la AOE entre las 24 y 72 horas y las que ameritaron tomar la segunda dosis, lo hicieron a las 12 horas de haber tomado la primera dosis (14.7%) o ambas tabletas juntas (17.9%) (Ver Cuadro N°5).

Cuadro N°5:

Otras Prácticas acerca del uso de la anticoncepción oral de emergencia en las usuarias de planificación familiar del Centro de Salud el Álamo-junio 2015.

Otras Practicas acerca del uso de la Anticoncepción oral de Emergencia		
Edad que uso por primera vez la AOE	20.41 ± 5.102 (15 – 35)	
Ultima vez de uso del AOE	N	%
Hace menos de 1 año	31	32.6%
Hace más de 1 año	64	67.4%
Motivo por el cual usó el AOE	N	%
Por no usar método anticonceptivo de forma continua	94	98.9%
Por haber tenido relaciones forzadas	1	1.1%
Lugar de adquisición del AOE	N	%
Farmacia o Botica	65	68.4%
Pareja	22	23.2%
Farmacia + Pareja	8	8.4%
El AOE que consume tiene	N	%
1 Tableta	49	51.6%
2 Tabletas	46	48.4%
Marca de AOE	N	%
No recuerda	87	91.6%
Postinor 2	5	5.3%
Postinor 1	2	2.1%
Gapill	1	1.1%
Horas después de la relación sexual que tomó el AOE	N	%
Antes de las 24 horas	33	34.7%
Entre las 24 y 72 horas	61	64.2%
Después de las 72 horas	1	1.1%
Momento de toma de la segunda dosis (si amerita)	N	%
Después de las 12 de haber tomado la 1era tableta	12	12.6%
Antes de las 12 horas de haber tomado la 1era dosis	3	3.2%
A las 12 horas de haber tomado la 1era dosis	14	14.7%
Las dos tabletas juntas	17	17.9%
Sólo tenía una tableta	49	51.6%
Total	95	100.0%

Fuente: *Cuestionario ad hoc*

Cuadro N°6:

Perfil Social y su relación con el nivel de conocimiento sobre la anticoncepción oral de emergencia en las usuarias de planificación familiar del Centro de Salud el Álamo-junio 2015.

Perfil Social		Nivel de Conocimientos						p
		Alto		Medio		Bajo		
		N	%	N	%	N	%	
Edad	< 20 años	1	4.0%	3	7.0%	3	11.1%	0.575
	20 - 29 años	16	64.0%	28	65.1%	20	74.1%	
	30 a 40 años	8	32.0%	12	27.9%	4	14.8%	
Grado de instrucción	Primaria	1	4.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.032
	Secundaria	8	32.0%	26	60.5%	21	77.8%	
	Superior técnica	14	56.0%	16	37.2%	5	18.5%	
	Superior Universitaria	2	8.0%	1	2.3%	1	3.7%	
Estado civil	Soltera	5	20.0%	6	14.0%	3	11.1%	0.702
	Casada	3	12.0%	7	16.3%	2	7.4%	
	Conviviente	17	68.0%	30	69.8%	22	81.5%	
Ocupación de la usuaria	Ama de casa	14	56.0%	31	72.1%	24	88.9%	0.084
	Estudiante	4	16.0%	3	7.0%	2	7.4%	
	Trabajadora dependiente	4	16.0%	2	4.7%	1	3.7%	
	Trabajadora independiente	3	12.0%	7	16.3%	0	0.0%	
Lugar de Procedencia	Callao	20	80.0%	33	76.7%	20	74.1%	0.880
	Lima	5	20.0%	10	23.3%	7	25.9%	
Religión de la usuaria	Católica	21	84.0%	38	88.4%	26	96.3%	0.256
	Evangélica	2	8.0%	4	9.3%	1	3.7%	
	Ninguna	2	8.0%	0	0.0%	0	0.0%	
	Otros	0	0.0%	1	2.3%	0	0.0%	
Total		25	100.0%	43	100.0%	27	100.0%	

Fuente: Cuestionario ad hoc

El cuadro N°6 muestra la relación que existe entre el perfil social y el nivel de conocimientos que tienen sobre la AOE las usuarias de Planificación Familiar del Centro de Salud el Álamo.

Observando que de todos los indicadores analizados del perfil social, el grado de instrucción fue el único que se relacionó de manera significativa con el nivel de conocimientos ($p=0.032$); debido a que las usuarias que obtuvieron un conocimiento alto fueron aquellas que cursaron educación superior técnica (56.0%), mientras que las de educación secundaria evidenciaron un conocimiento medio y bajo, respectivamente (60% y 77.8%).

En lo concerniente a la edad ($p=0.575$), el estado civil ($p=0.702$), la ocupación ($p=0.084$), lugar de procedencia ($p=0.880$) y religión de la usuaria ($p=0.256$), no se relacionaron de manera significativa con el nivel de conocimientos.

Cuadro N°7:

Perfil Biológico y su relación con el nivel de conocimiento sobre la anticoncepción oral de emergencia en las usuarias de planificación familiar del Centro de Salud el Álamo-junio 2015.

Perfil Biológico		Nivel de Conocimientos						p
		Alto		Medio		Bajo		
		N	%	N	%	N	%	
IRS	< 18 años	10	40.0%	25	58.1%	25	92.6%	0.000
	> o igual 18 años	15	60.0%	18	41.9%	2	7.4%	
Número de parejas	< o igual a 2	19	76.0%	26	60.5%	8	29.6%	0.002
	> 2	6	24.0%	17	39.5%	19	70.4%	
Número de hijos	< o igual a 2	24	96.0%	38	88.4%	26	96.3%	0.352
	> 2	1	4.0%	5	11.6%	1	3.7%	
Total		25	100.0%	43	100.0%	27	100.0%	

Fuente: Cuestionario ad hoc

El cuadro N°7 muestra la relación que existe entre el perfil biológico y el nivel de conocimientos que tienen sobre la AOE las usuarias de planificación familiar del Centro de Salud El Álamo.

Observando que de los indicadores analizados (inicio de relaciones sexuales, número de parejas y número de hijos), el inicio de relaciones sexuales ($p=0.000$) y el número de parejas sexuales ($p=0.002$) se relacionaron de manera significativa con el nivel de conocimientos; debido a que las usuarias que obtuvieron un conocimiento alto fueron aquellas que iniciaron sus relaciones sexuales a una edad mayor o igual a 18 años (60.0%), mientras que las usuarias que iniciaron sus relaciones sexuales antes de los 18 años evidenciaron un conocimiento de medio (58.1%) a bajo (92.6%). De igual manera se observa que las usuarias que obtuvieron un conocimiento de alto (76.0%) a medio (60.5%) tenían de dos a menos parejas sexuales, mientras que las usuarias que obtuvieron un conocimiento bajo (70.4%), tenían más de dos parejas sexuales.

Respecto al número de hijos, se observó que no existe relación significativa entre el número de hijos y el nivel de conocimientos ($p=0.352$).

Cuadro N°8:

Perfil Social y su relación con la toma de la anticoncepción oral de emergencia en las usuarias de planificación familiar del Centro de Salud el Álamo-junio 2015.

Perfil Social		Toma de la AOE				p
		Adecuada		Inadecuada		
		N	%	N	%	
Edad	< 20 años	4	5.0%	3	20.0%	0.088
	20 - 29 años	54	67.5%	10	66.7%	
	30 a 40 años	22	27.5%	2	13.3%	
Grado de instrucción	Primaria	1	1.3%	0	0.0%	0.467
	Secundaria	44	55.0%	11	73.3%	
	Superior técnica	32	40.0%	3	20.0%	
	Superior Universitaria	3	3.8%	1	6.7%	
Estado civil	Soltera	11	13.8%	3	20.0%	0.257
	Casada	12	15.0%	0	0.0%	
	Conviviente	57	71.3%	12	80.0%	
Ocupación de la usuaria	Ama de casa	56	70.0%	13	86.7%	0.123
	Estudiante	9	11.3%	0	0.0%	
	Trabajadora dependiente	6	7.5%	1	6.7%	
	Trabajadora independiente	9	11.3%	1	6.7%	
Lugar de Procedencia	Callao	62	77.5%	11	73.3%	0.726
	Lima	18	22.5%	4	26.7%	
Religión de la usuaria	Católica	71	88.8%	14	93.3%	0.896
	Evangélica	6	7.5%	1	6.7%	
	Ninguna	2	2.5%	0	0.0%	
	Otros	1	1.3%	0	0.0%	
Total		80	100.0%	15	100.0%	

Fuente: Cuestionario ad hoc

El cuadro N°8 muestra la relación que existe entre el perfil social y la toma de la AOE en las usuarias de planificación familiar del Centro de Salud El Álamo.

Observando que todos los indicadores del perfil social analizados como la edad ($p=0.088$), el grado de instrucción ($p=0.467$), el estado civil ($p=0.257$), la ocupación ($p=0.487$), el lugar de procedencia ($p=0.726$) y la religión ($p=0.896$) no se relacionaron significativamente con la toma de la AOE.

Cuadro N°9:

Perfil Biológico y su relación con la toma de la anticoncepción oral de emergencia en las usuarias de planificación familiar del Centro de Salud el Álamo-junio 2015.

Perfil Biológico		Toma de AOE				p
		Adecuada		Inadecuada		
		N	%	N	%	
IRS	< 18 años	48	60.0%	12	80.0%	0.141
	> o igual 18 años	32	40.0%	3	20.0%	
Número de parejas	< o igual a 2	49	61.3%	4	26.7%	0.013
	> 2	31	38.8%	11	73.3%	
Número de hijos	< o igual a 2	76	95.0%	12	80.0%	0.041
	> 2	4	5.0%	3	20.0%	
Total		80	100.0%	15	100.0%	

Fuente: Cuestionario *ad hoc*

El cuadro N°9 muestra la relación que existe entre el perfil biológico y la forma de toma del AOE en las usuarias de planificación familiar del Centro de Salud el Álamo.

Observando que de los indicadores analizados (inicio de relaciones sexuales, número de parejas y número de hijos), el número de parejas sexuales ($p=0.013$) y el número de hijos ($p=0.041$) se relacionaron de manera significativa con la toma de AOE; debido a que la mayoría de las usuarias que tomaron de manera adecuada el AOE fueron aquellas con un número de parejas sexuales igual o menor a dos (61.3%), mientras que las que tuvieron más de dos parejas sexuales tomaron de manera inadecuada (73.3%). De manera similar se observa que el 95% de las usuarias con dos a menos hijos tomaron de manera adecuada la AOE, a diferencia del 80% de las usuarias con dos a menos hijos que tomaron de manera inadecuada.

Respecto al inicio de relaciones sexuales, se observó que la mayoría de las usuarias que iniciaron sus relaciones sexuales a una edad menor de 18 años, tomaron el AOE de manera adecuada (60%) e inadecuada (40%), por lo que no existe diferencia significativa entre los porcentajes ($p=0.141$).

Cuadro N°10:

Perfil Social y su relación con la consejería previa al uso de la AOE sobre la anticoncepción oral de emergencia en las usuarias de planificación familiar del Centro de Salud el Álamo-junio 2015.

2019.

Perfil Social		Consejería Previa al uso de la AOE por primera vez				p
		Si		No		
		N	%	N	%	
Edad	< 20 años	0	0.0%	7	7.5%	0.610
	20 - 29 años	2	100.0%	62	66.7%	
	30 a 40 años	0	0.0%	24	25.8%	
Grado de instrucción	Primaria	0	0.0%	1	1.1%	0.009
	Secundaria	0	0.0%	55	59.1%	
	Superior técnica	1	50.0%	34	36.6%	
	Superior Universitaria	1	50.0%	3	3.2%	
Estado civil	Soltera	1	50.0%	13	14.0%	0.345
	Casada	0	0.0%	12	12.9%	
	Conviviente	1	50.0%	68	73.1%	
Ocupación de la usuaria	Ama de casa	1	50.0%	68	73.1%	0.256
	Estudiante	1	50.0%	8	8.6%	
	Trabajadora dependiente	0	0.0%	7	7.5%	
	Trabajadora independiente	0	0.0%	10	10.8%	
Lugar de Procedencia	Callao	1	50.0%	72	77.4%	0.363
	Lima	1	50.0%	21	22.6%	
Religión de la usuaria	Católica	2	100.0%	83	89.2%	0.971
	Evangélica	0	0.0%	7	7.5%	
	Ninguna	0	0.0%	2	2.2%	
	Otros	0	0.0%	1	1.1%	
TOTAL		2	100%	93	100%	

Fuente: Cuestionario ad hoc

El cuadro N°10 muestra la relación que existe entre el perfil social y la consejería previa al uso de la AOE en las usuarias de planificación familiar del Centro de Salud el Álamo.

Observando que de todos los indicadores analizados (edad, grado de instrucción, estado civil, ocupación de la usuaria, lugar de procedencia y religión), el grado de instrucción fue el único que se relacionó de manera significativa con la consejería previa al uso de la AOE ($p=0.009$); debido a que las usuarias que tuvieron consejería previa al uso de la AOE tenían nivel de instrucción superior técnica (50%) y

universitaria (50%), mientras que las usuarias que no tuvieron consejería previa al uso de la AOE tenían educación secundaria (59.1%).

Cuadro N°11:

Perfil Biológico y su relación con la consejería previa al uso de la AOE sobre la anticoncepción oral de emergencia en las usuarias de planificación familiar del Centro de Salud el Álamo-junio 2015.

Perfil Biológico		Consejería Previa al uso del AOE por primera vez				P
		Si		No		
		N	%	N	%	
IRS	< 18 años	1	50.0%	59	63.4%	0.697
	> o igual 18 años	1	50.0%	34	36.6%	
Número de parejas	< o igual a 2	2	100.0%	51	54.8%	0.203
	> 2	0	0.0%	42	45.2%	
Número de hijos	< o igual a 2	2	100.0%	86	92.5%	0.687
	> 2	0	0.0%	7	7.5%	
Total		2	100.0%	93	100.0%	

Fuente: *Cuestionario ad hoc*

El cuadro N°11 muestra la relación que existe entre el perfil biológico y la consejería previa al uso de la AOE por parte de las usuarias de planificación familiar del Centro de Salud el Álamo.

Observando que de todos los indicadores del perfil biológico analizados (inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales y número de hijos), ninguno de ellos se relaciona significativamente con la consejería previa al uso de la AOE, así tenemos respecto al inicio de la vida sexual, que las usuarias que iniciaron relaciones sexuales antes de los 18 años, el 50.0%, tuvo consejería previa al uso de la AOE, mientras que las usuarias que no recibieron consejería, el 63.4% inició relaciones sexuales antes de los 18 años, expresando que no existe diferencia significativa entre los porcentajes ($p=0.697$); similar situación se observa en el número de parejas sexuales ($p=0.203$), y el número de hijos ($p=0.687$).

Cuadro N°12:

Perfil Social y su relación con la frecuencia del uso al año de la anticoncepción oral de emergencia en las usuarias de planificación familiar del Centro de Salud el Álamo-junio 2015.

Perfil Social		Frecuencia del uso al año de la AOE						p
		1 vez		2 veces		3 a más veces		
		N	%	N	%	N	%	
Edad	< 20 años	1	4.3%	0	0.0%	6	13.3%	0.001
	20 - 29 años	13	56.5%	15	55.6%	36	80.0%	
	30 a 40 años	9	39.1%	12	44.4%	3	6.7%	
Grado de instrucción	Primaria	1	4.3%	0	0.0%	0	0.0%	0.000
	Secundaria	7	30.4%	10	37.0%	38	84.4%	
	Superior técnica	12	52.2%	16	59.3%	7	15.6%	
	Superior Universitaria	3	13.0%	1	3.7%	0	0.0%	
Estado civil	Soltera	5	21.7%	5	18.5%	4	8.9%	0.032
	Casada	6	26.1%	4	14.8%	2	4.4%	
	Conviviente	12	52.2%	18	66.7%	39	86.7%	
Ocupación de la usuaria	Ama de casa	11	47.8%	16	59.3%	42	93.3%	0.002
	Estudiante	4	17.4%	5	18.5%	0	0.0%	
	Trabajadora dependiente	3	13.0%	3	11.1%	1	2.2%	
	Trabajadora independiente	5	21.7%	3	11.1%	2	4.4%	
Lugar de Procedencia	Callao	17	73.9%	21	77.8%	35	77.8%	0.929
	Lima	6	26.1%	6	22.2%	10	22.2%	
Religión de la usuaria	Católica	19	82.6%	24	88.9%	42	93.3%	0.105
	Evangélica	4	17.4%	3	11.1%	0	0.0%	
	Ninguna	0	0.0%	0	0.0%	2	4.4%	
	Otros	0	0.0%	0	0.0%	1	2.2%	
Total		23	100.0%	27	100.0%	45	100.0%	

Fuente: Cuestionario ad hoc

El cuadro N°12 muestra la relación que existe entre el perfil social y la frecuencia del uso de la AOE por las usuarias de planificación familiar del Centro de Salud el Álamo.

Observando que de los indicadores analizados, la edad ($p=0.001$), el grado de instrucción ($p=0.000$), el estado civil ($p=0.003$) y la ocupación ($p=0.002$), se relacionaron de manera significativa con frecuencia del uso de la anticoncepción oral de emergencia; debido a que las usuarias que usaron la AOE más de 3 veces al año,

tienen edades entre 20 a 29 años (80%) y menores de 20 años (13.3%), mientras que las usuarias que usaron la AOE de 1 o 2 veces al año tienen de 20 a 29 años (56.5% y 55.6% respectivamente) y de 30 a 40 años (39.1% y 44.4% respectivamente), de igual manera se observa que las usuarias que usaron la AOE una o dos veces al año, la mayoría tiene instrucción superior técnico (52.2% y 59.3% respectivamente) mientras que las usuarias que lo usaban más de 3 veces al año la AOE, tienen en el 84.4% instrucción secundaria. Acerca del estado civil, las usuarias que no son convivientes (solteras y casadas) tienen a usar la AOE de 1 a 2 veces al año (21.7%, 18.5% en solteras y 26.1% y 14.8% en casadas, respectivamente), mientras que la mayoría de convivientes lo usan de 3 a más veces al año (86.7%). Las usuarias que toman la AOE una vez al año tiene como ocupación ser ama de casa (47.8%) y trabajadora independiente (21.7%), las que toman la AOE 2 veces al año son amas de casa (59.3%) y estudiantes (18.5%) mientras que las que toman la AOE más de 3 veces al año son en su mayoría amas de casa (93.3%).

Respecto al lugar de procedencia, se observó que la mayoría de ellas eran del Callao, observando una frecuencia de toma al año de AOE una vez (82.6%), dos veces (88.4%) y de 3 a más veces (93.3%), expresando que no existe diferencia significativa entre los porcentajes ($p=0.929$) de la misma forma en el caso de la religión de la usuaria ($p=0.105$).

Cuadro N° 13:

Perfil Biológico y su relación con la frecuencia del uso de la anticoncepción oral de emergencia en las usuarias de planificación familiar del Centro de Salud el Álamo-junio 2015.

Perfil Biológico		Frecuencia del uso al año de la AOE						p
		1 vez		2 veces		3 a más veces		
		N	%	N	%	N	%	
IRS	< 18 años	6	26.1%	14	51.9%	40	88.9%	0.000
	> o igual 18 años	17	73.9%	13	48.1%	5	11.1%	
Número de parejas	< o igual a 2	21	91.3%	25	92.6%	7	15.6%	0.000
	> 2	2	8.7%	2	7.4%	38	84.4%	
Número de hijos	< o igual a 2	21	91.3%	25	92.6%	42	93.3%	0.955
	> 2	2	8.7%	2	7.4%	3	6.7%	
Total		23	100.0%	27	100.0%	45	100.0%	

Fuente: Cuestionario ad hoc

En el cuadro N°13, se observa el perfil biológico y su relación con la frecuencia del uso de la anticoncepción oral de emergencia, donde el inicio de las relaciones sexuales se relaciona con la frecuencia del uso de la AOE ($p=0.000$), ya que las usuarias que han tomado una sola vez el AOE (73.9%), iniciaron sus relaciones sexuales después de los 18 años, en cambio las usuarias que han usado 2 veces al año el AOE (51.9%) o de 3 veces a más (88.9%), han iniciado sus relaciones sexuales antes de los 18 años. Asimismo, las usuarias que han tomado una sola vez el AOE (91.3%), han tenido de dos a menos parejas sexuales, mientras que las usuarias que tomaron de tres veces a más la AOE (84.4%), han tenido más de dos parejas sexuales, siendo estas frecuencias estadísticamente significativas, es decir que el número de parejas sexuales se relaciona con la frecuencia del uso de la anticoncepción oral de emergencia ($p=0.000$).

En lo que respecta al número de hijos ($p=0.955$), este no se ha relacionado significativamente con la frecuencia del uso de la anticoncepción oral de emergencia.

4. DISCUSIONES

La anticoncepción de emergencia es una estrategia que involucra la utilización de un fármaco con el fin de prevenir un embarazo no deseado después de una relación coital desprotegida. Este método ha sido motivo de numerosas controversias, puesto que en diferentes países se mencionaba que tenía efecto abortivo, limitando su colocación en servicios de salud e incrementando la tasa de embarazos. Desde ahí se ha comercializado a través de farmacias, muchas veces sin el conocimiento y sin la consejería necesaria sobre la forma de uso; por ello, es importante tener en cuenta, en la actualidad, el perfil característico de la población que accede a este tipo de método, así como la forma de uso, de tal manera que el personal encargado en la vigilancia y el control de la salud pueda generar políticas para mejorar esta temática.

En cuanto al perfil biológico de las usuarias, en el presente estudio se observó que la mayoría de las usuarias ha iniciado las relaciones sexuales antes de los 18 años (63.2%), al igual que en el estudio de Escobar, donde el 76.2% ha iniciado su actividad sexual antes de la edad referida. En este trabajo, el 55.8% de las usuarias ha tenido de 2 a menos parejas sexuales, mientras que en la investigación de Escobar, un mayor porcentaje de usuarias tuvo de 2 a menos parejas sexuales (80.6%). En lo concerniente al número de hijos, en nuestra investigación, el número promedio de prole ha sido 1.45, siendo menor, que el estudio de Ball et al., donde el número promedio de hijos fue de 2.8.

En el presente estudio, el perfil social identificado en las usuarias es de una edad promedio de 26 años, de estado civil conviviente (72.6%), con grado de instrucción secundaria (57.9%) y con ocupación de ama de casa (72.6%), lo cual difiere de lo encontrado por Escobar et al., ya que en su investigación, los resultados mostraron que el perfil social corresponde a mujeres jóvenes, con edad promedio de 23.6 años, solteras (51.1%) y estudiantes (57.5%); esto permite inferir ciertas características de la población de nuestro país que accede a este tipo método (anticonceptivo oral de emergencia), siendo el de usuarias jóvenes y amas de casa, en comparación a otros países, que por lo general son usuarias jóvenes y estudiantes.

Respecto a los conocimientos sobre el anticonceptivo oral de emergencia, en la presente investigación, las usuarias alcanzaron un nivel de conocimientos sobre la anticoncepción oral de emergencia de Medio (45.3%) a Bajo (28.4%), ya que conocían

que el AOE previene un embarazo no deseado, no es 100% seguro, la primera dosis del AOE se toma dentro de las 72 horas de haber tenido relaciones sexuales sin protección y no protege contra las infecciones de transmisión sexual, pero desconocían acerca de las indicaciones específicas para el uso de este método y sus efectos secundarios; lo cual tiene cierta semejanza al estudio de Ball et al., quienes evidenciaron que las usuarias tenían un conocimiento bajo sobre la anticoncepción hormonal de emergencia. Asimismo, a pesar de que el trabajo de Gómez ha sido evaluado en estudiantes universitarias, dicho autor observó que las encuestadas sabían que el AOE no es un método anticonceptivo rutinario (94%) y que no protege contra las infecciones de transmisión sexual (98%); sin embargo un alto porcentaje desconocía sobre la efectividad (70%) y el tiempo límite para utilizar el AOE (98%). Esto demuestra el desconocimiento que hay sobre la anticoncepción oral de emergencia, sobre todo en qué momento está indicado, la forma de toma y los efectos secundarios, ya sea en población general o universitaria, tal vez por lo que es un tema aún en controversia que es poco tomado en cuenta e informado como los otros métodos de planificación familiar.

En lo referente a las prácticas sobre la anticoncepción oral de emergencia, en el presente estudio, se observó que el motivo por el cual las usuarias accedieron a la anticoncepción oral de emergencia fue por no usar un método anticonceptivo de forma continua (98.9%), siendo similar al trabajo de Escobar et al., quienes encontraron que la principal causa de solicitud de la anticoncepción de emergencia fue por una relación sexual no protegida (61.7%), así, de la misma manera, Peña observó en su investigación que las encuestadas utilizaron la anticoncepción oral de emergencia por una relación sexual no protegida (67%).

En el presente estudio, se evidenció que la frecuencia de uso de la anticoncepción oral de emergencia en un año fue de 3 veces a más en el 47.4%, de 2 veces en el 28.4% y de 1 sola vez en el 24.2%, a diferencia de lo reportado en la investigación de Peña, quien observó que el 51.1% utilizó una sola vez el AOE, el 36.9% dos veces y el 11.9% tres o más veces. Pese a que ambos estudios han sido realizados en nuestro país, lo mencionado nos muestra que con el pasar de los años hay una mayor demanda y acceso a este método de prevención del embarazo no deseado, pero de manera rutinaria, puesto que la mayoría de las mujeres ha tomado la AOE de 3 veces a más en un año sin la consejería previa que su uso lo requiere.

En diferentes literaturas hacen mención que el anticonceptivo oral de emergencia debe ser tomado dentro de las 72 horas del coito sin protección y la segunda dosis 12 horas después de la primera, siendo necesario resaltar que la eficacia va disminuyendo cuando se prolonga el tiempo de toma de la anticoncepción oral de emergencia, por ello se recomienda que esto sea dentro de los primeros tres días. En la presente investigación, el 84.2% tomó adecuadamente el anticonceptivo oral de emergencia, ya sea por haber ingerido la primera dosis dentro de las 72 horas y la segunda a las 12 horas de haber tomado la primera dosis, por haber tomado una sola tableta o por haber tomado las dos tabletas juntas en el tiempo recomendable, lo cual coincide con el estudio de Escobar, quien halló que el tiempo entre el coito y la ingestión de la píldora de anticoncepción de emergencia fue menor a las 72 horas en el 97.9%. Asimismo, Rocca et al. encontraron que el 89.2% de las mujeres que usaron el anticonceptivo de emergencia lo tomó dentro de los 3 días de relaciones sexuales sin protección.

Al relacionar el perfil biosocial con el nivel de conocimientos, se observó en el presente estudio que el grado de instrucción, el inicio de relaciones sexuales y el número de parejas sexuales se relacionan de manera significativa con el nivel de conocimientos sobre la anticoncepción oral de emergencia, es decir que el tener un nivel de instrucción secundaria, un inicio de relaciones sexuales antes de los 18 años y más de dos parejas sexuales se asocia a que el nivel de conocimientos sea bajo sobre la anticoncepción oral de emergencia en las usuarias, sucediendo lo contrario cuando hay un nivel de instrucción superior, retraso en las relaciones sexuales y menor número de parejas sexuales.

Por otro lado, en lo que respecta al perfil biosocial y su relación con las prácticas, este último fue dividido en: forma de toma (adecuada e inadecuada), consejería previa al uso de la anticoncepción oral de emergencia y frecuencia del uso de la AOE en un año. En el primer indicador se halló que el número de parejas sexuales y el número de hijos se relacionan de manera significativa con la forma de toma, por lo que el tener menos de 2 parejas sexuales o menos de 2 hijos, se asocia a que la toma sea adecuada. En el segundo indicador, el grado de instrucción se relaciona con la consejería previa al uso de la anticoncepción oral de emergencia, lo cual se debe a que generalmente las mujeres que acceden a una consejería previa al uso de la anticoncepción oral de emergencia, tienen nivel de instrucción superior, reforzando la importancia de recibir esta información para una correcta toma. En el tercer indicador

se observó, que la edad, el grado de instrucción, el estado civil, la ocupación y el inicio de relaciones sexuales se relacionan de manera significativa con la frecuencia del uso de la anticoncepción oral de emergencia, es decir que el perfil de usuarias que tomaron 1 sola vez al año la anticoncepción oral de emergencia es en su mayoría de 20 a 29 años, con nivel de instrucción superior, casadas, amas de casa o trabajadoras independientes y con inicio de relaciones sexuales después de los 18 años.

5. CONCLUSIONES

- El perfil biosocial se relaciona de manera significativa con los conocimientos y prácticas sobre la anticoncepción oral de emergencia en las usuarias de planificación familiar del Centro de Salud El Álamo en el mes de junio del año 2015.
- El perfil biosocial de las usuarias de planificación familiar que hacen uso de la anticoncepción oral de emergencia son: edad promedio de 26 años, numero promedio de parejas sexuales de 2.8, número promedio de hijos de 1.45; la mayoría tuvo instrucción secundaria (57.9%), estado civil conviviente (72.6%), ocupación amas de casa (72.6%), provenientes del Callao (76.8%) y religión católica (89.5%).
- El nivel de conocimientos sobre la anticoncepción oral de emergencia en la mayoría de usuarias de planificación familiar fue medio (45.3%).
- Las prácticas de las usuarias de planificación familiar sobre la anticoncepción oral de emergencia fueron el uso sin consejería previa (97.9%), tomar este método de 3 a más veces al año (47.4%) y una toma adecuada del mismo (84.2%).
- Las características biosociales como el grado de instrucción ($p=0.032$), el inicio de relaciones sexuales ($p=0.000$) y el número de parejas sexuales ($p=0.002$) se relacionan de manera significativa con el nivel de conocimiento sobre la anticoncepción oral de emergencia.
- Las características biosociales como: el número de parejas sexuales ($p=0.013$) y el número de hijos ($p=0.041$) se relacionan significativamente con la forma de toma de la anticoncepción oral de emergencia; el grado de instrucción ($p=0.009$) se relaciona significativamente con la consejería previa al uso de la anticoncepción oral de emergencia; y la edad ($p=0.001$), el grado de instrucción ($p=0.000$), el estado civil ($p=0.032$), la ocupación ($p=0.002$), el inicio de relaciones sexuales ($p=0.000$) y el número de parejas sexuales ($p=0.000$) se relaciona significativamente con la frecuencia del uso de la anticoncepción oral de emergencia.

6. RECOMENDACIONES

- Se recomienda implementar estrategias preventivo- promocionales que tomen en cuenta el perfil biosocial de las usuarias que usan la anticoncepción oral de emergencia. Una alternativa sería que las Instituciones educativas del Estado cuenten permanentemente con personal de salud capacitado en Salud Sexual Reproductiva (Obstetra), ya que, este estudio identificó que las mujeres que iniciaron su vida sexual antes de los 18 años usaron la AOE con mayor frecuencia.
- Se ha observado que existe un gran número de usuarias que utiliza la AOE, siendo sus conocimientos de nivel “Medio a Bajo”, por lo que se sugiere que el personal encargado del servicio de Planificación Familiar elabore y ejecute consejerías personalizadas y/o charlas direccionadas exclusivamente a educar a las mujeres sobre la anticoncepción oral de emergencia.
- Se sugiere a los alumnos de pregrado de la carrera de Obstetricia que al elaborar el temario de sus intervenciones en la comunidad y/o Instituciones Educativas del Estado incluyan a la AOE teniendo en consideración el perfil biosocial de las mujeres.
- Se recomienda a los estudiantes de la carrera de Obstetricia y de Medicina que sigan realizando investigaciones sobre la AOE, los cuales demuestren a nuestras autoridades que es necesario la pronta solución de la problemática legal que impide la distribución de la AOE por parte del Minsa.
- Se recomienda a nuestras autoridades la pronta solución de la situación legal de la AOE, ya que si su distribución es únicamente en el sector privado se genera la falta de consejería por parte de un profesional en Salud Sexual y Reproductiva, lo cual conlleva a que las mujeres usen incorrectamente este método y muchas de ellas lo usen regularmente.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. Ginebra: OMS; 2014.
2. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. 2ª edición. Ginebra. OMS; 2013. Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/es/spr/>.
3. Arroyo L. Situación de la anticoncepción oral de emergencia en Costa Rica para el año 2010. [Tesis]. Costa Rica: Universidad Estatal a Distancia. Sistema de estudios de postgrado, 2010.
4. Martín A. La anticoncepción de emergencia en América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health. 2004, 16(6): 424-431.
5. Escobar B, Román C, Muñoz C, López F. Perfil biosocial de las usuarias que demandan la píldora de anticoncepción de emergencia en un Centro de Salud de Santiago, 2006-2007. REV CHIL OBSTET GINECOL 2008; 73(4): 223-227.
6. Gómez P, Arguello K, Cáceres C, Gutierrez E, Rodríguez E, Rojas L, et al. Anticoncepción de emergencia hormonal: conocimientos, actitudes y prácticas en estudiantes universitarias. Estudio de corte transversal. Colombia. 2008. Revista Colombiana de Enfermería 2010; 5(5).
7. Rocca C, Shankar M, Sreevathsa A, Krishnan S. Acceptability and use of emergency contraception among married women in Bangalore, India. Int J Gynaecol Obstet. 2013 Apr; 121(1):64-8.
8. Ball D, Marafie N, Abahussain E. Awareness of and attitude toward hormonal emergency contraception among married women in Kuwait. J Womens Health (Larchmt) 2006 Mar;15(2):194-201.
9. Peña A, Aspilcueta S, Calderón J, De los Godos L. Características de las usuarias que emplean anticoncepción oral de emergencia en sedes de INPPARES de Chimbote y Lima. Revista de Salud, Sexualidad y Sociedad 2008; 2(1,2).
10. Pretell E. Política de anticoncepción oral de emergencia: La experiencia peruana. Rev. Perú. med. exp. Salud publica 2013, 30 (3).

11. Villanueva R. La anticoncepción oral de emergencia: El debate legal en América Latina. Costa Rica: Editorial Editorama S.A.; 2008.
12. Cano E. Anticoncepción de emergencia. 2009. [Acceso el 26 de marzo del 2015]. Disponible en: <https://comoprevenirunembarazo.files.wordpress.com/2011/06/anticoncepcion-en-pdf.pdf>.
13. Maure J, Sancristóbal J, Rodríguez M. Anticoncepción de emergencia. Revista Cubana de Medicina General Integral; 2009: 25(2).
14. Saint F, Melián C, Valón O, Reinoso S, García E. Anticoncepción de emergencia. MEDISAN 2006; 10(1).
15. Fernández A, Giménez A. La píldora del día después: de la opinión a la evidencia. BIOMEDICINA 2011; 6(2):50–58.
16. Suarez V, Zavala R, Ureta J, Hajar G, Lucero J, Pachas P. Efecto del Levonorgestel como anticonceptivo oral de emergencia en la ovulación, en el endometrio y los espermatozoides. Revista Peruana Médica Experimental de Salud Pública 2010; 27 (2):222-230.
17. Ramírez F. Anticoncepción oral de emergencia: Una mirada científica. Proyecto de fortalecimiento de capacidades de actores locales en AOE de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. 1 ed. Lima: SPOG, 2006.
18. Centro de promoción y defensa de los derechos sexuales y reproductivos (PROMSEX). Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. Sustento normativo de la anticoncepción oral de emergencia (AOE) en el Perú. Lima; 2006.
19. Trumper E. Anticoncepción hormonal de emergencia. Guía de procedimientos para profesionales de la salud. 1 ed. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, 2007.
20. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Norma Técnica de Planificación Familiar. Lima: MINSA; 2005.
21. Federación Latinoamericana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia. Posicionamiento sobre los mecanismos de acción de la anticoncepción de emergencia. El Salvador: FLASOG; 2010.

22. Quick Med. Escapel. Vademécum Farmacéutico. Ecuador: Quick Med; 2014.
23. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Postinor 1,5 mg. España: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios; 2014.
24. Távara L. Análisis de la oferta de anticonceptivos en el Perú. *Rev Per Ginecol Obstet.* 2010;56:120-136.
25. Díaz S, Croxatto H. Anticoncepción Hormonal de Emergencia. [Acceso el 28 de marzo del 2015]. Disponible en: http://www.icmer.org/documentos/anticoncepcion_de_emergencia/Anticoncepcion%20Hormonal%20de%20Emergencia.pdf
26. Segura M, Bou J. Conocimiento, tipos y dimensiones del conocimiento: configuración del conocimiento estratégico. *Revista de Economía y Empresa* 2005; 53: 175-198.
27. Camacho A. Socioepistemología y prácticas sociales. *Educación Matemática* 2006; 18(1): 133-160.
28. Serrano M. Conocimiento, actitud y percepción de los médicos residentes de Ginecología y Obstetricia del ISSSTE acerca de la anticoncepción de emergencia. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 2011;16(4): 215-220.
29. Akani C, Enyindah C, Babatunde S. Emergency contraception: knowledge and perception of female undergraduates in the niger delta of Nigeria. *Ghana Med J.* 2008 Jun; 42(2):68-70.
30. Tapia A, Villaseñor M, Nuño B. Conocimientos y actitudes hacia el uso de la anticoncepción de emergencia en jóvenes universitarios. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2008; 46 (1): 33-41.
31. Galvin S, Fagan E. Knowledge, attitudes, and use of emergency contraception among Hispanic women of North Carolina. *South Med J.* 2009 Jan; 102(1):17-20.
32. Choque F. Conocimientos y actitudes sobre anticoncepción oral de emergencia en internos de Medicina humana del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Febrero 2015 [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina; 2015.

33. Diaz S, Hardy E, Alvarado G, Ezcurra E. Acceptability of emergency contraception in Brazil, Chile, and Mexico: Perceptions of emergency oral contraceptives. *Cad Saude Pública*. 2003 Sep-Oct; 19(5):1507-17.

8. ANEXOS

INDICE

I. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	50
II. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	51
III. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	53
IV. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS: CUESTIONARIO.....	54
V. TABLAS DE ANEXO: MÉTODO YUZPE Y PROGESTÁGENO	59
VI. VALIDEZ DEL INSTRUMENTO	60
VII. CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO	61
VIII. MEDICIÓN DE LA VARIABLE CONOCIMIENTOS	63

I. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:

Perfil Biosocial: características de orden biológico y social como la edad, estado civil, grado de instrucción, religión, etc.

Conocimiento: conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje.

Práctica: acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos.

Anticonceptivo oral de emergencia: También llamado píldora postcoital o “del día siguiente”, es la anticoncepción por vía oral, con métodos hormonales que puede ser utilizada por las mujeres en dentro de los primeros días posteriores a la relación sexual no protegida.

II. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	CATEGORIA	FUENTE DE VERIFICACION
PERFIL BIOSOCIAL	Conjunto de características de orden biológico y social como la edad, estado civil, grado de instrucción, religión, etc. que representa a la población usuaria del anticonceptivo oral de emergencia.	Perfil social	Edad	Cuantitativa	Razón	En números	Cuestionario elaborado
			Grado de Instrucción	Cualitativa	Ordinal	Primaria Secundaria Superior técnica Superior universitaria	
			Estado civil	Cualitativa	Ordinal	Soltera Casada Conviviente Separada	
			Ocupación	Cualitativa	Nominal	Trabaja No trabaja	
			Religión	Cualitativa	Nominal	Católica Evangélica Protestante Ninguno	
		Perfil biológico	Edad de inicio de RS	Cuantitativa	Razón	En números	
			Número de parejas sexuales	Cuantitativa	Razón	En números	
			Número de hijos	Cuantitativa	Razón	En números	
NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA ANTICONCEPCIÓN	Grado de información almacenada mediante la experiencia o el	Percepción	- Método utilizado en casos de emergencia. - Método de planificación familiar. - Método abortivo.	Cualitativa	Ordinal	Alto Medio Bajo	Cuestionario elaborado que evalúa conocimientos

ORAL DE EMERGENCIA	aprendizaje que tienen las usuarias sobre el anticonceptivo oral de emergencia	Indicaciones	<ul style="list-style-type: none"> - En casos de violación. - Preservativo mal colocado. - Olvido en la toma de dos días su AOC. - Retraso de dos semanas en la ampolla de 3 meses. - T de cobre expulsada. 				
		Características	<ul style="list-style-type: none"> - Se utiliza regularmente. - Protege contra la ITS, VIH/SIDA. - Produce malformaciones congénitas cuando hay falla de método. 				
		Forma de uso	- La AOE se toma dentro de las 72 horas de haber ocurrido el coito.				
		Efectos secundarios	<ul style="list-style-type: none"> - Nauseas, vómitos y dolor de cabeza. - Sangrado o goteo irregular. 				
PRÁCTICAS SOBRE LA ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA	Es la acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos, de acuerdo a la situación que se presente.		Consejería previa al uso	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario elaborado que evalúa prácticas.
			Frecuencia de uso del AOE.			En números	
			Uso adecuado del AOE			Adecuado Inadecuado	

III. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimada usuaria, usted ha sido invitada a participar en una investigación sobre la evaluación del su perfil biosocial y sus conocimientos en cuanto al uso de la anticoncepción oral de emergencia en esta institución de salud. Esta investigación es realizada por la Bachiller en Obstetricia Karol Juliette López Ramírez.

El propósito de esta investigación es determinar la relación entre el perfil biosocial y los conocimientos y prácticas sobre la anticoncepción oral de emergencia de las usuarias de planificación familiar del Centro de Salud El Álamo. Usted fue seleccionada para participar en este estudio, ya que cumple con los criterios de selección establecidos.

Si acepta participar en esta investigación tendrá que contestar una serie de preguntas, las cuales deberán ser respondidas con absoluta sinceridad y claridad, además deberá de dar su permiso para usar los datos de forma anónima. El participar en este estudio le tomará un tiempo de 15 minutos.

Riesgos y beneficios:

Los riesgos asociados a este estudio son mínimos puesto que no afectará directamente la integridad física de la persona, mas puede causar incomodidad por indagar aspectos demográficos o sociales sobre su persona e incluso por investigar en cuanto al uso del AOE, por ende, para dar seguridad a las usuarias no se consignarán los nombres y apellidos de las mismas. El desarrollo de este estudio beneficiará a la comunidad científica puesto que obtendremos información importante en cuanto al uso del AOE, el conocimiento que tienen acerca de este tema y si está relacionado al aspecto social, en la paciente que acude al Centro de Salud El Álamo.

Confidencialidad:

Se guardará absoluta confidencialidad de los datos de las participantes y en la publicación se mantendrá el anonimato de las mismas.

Incentivos:

Las participantes de este estudio no recibirán incentivos monetarios.

Derechos:

Si ha leído este documento, es necesario que entienda que su participación es completamente voluntaria y que usted tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalidad. También tiene derecho a no contestar alguna pregunta en particular. Además, tiene derecho a recibir una copia de este documento.

Si firma este documento significa que ha decidido participar después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento.

Nombre del participante

Firma

Fecha

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre esta investigación, por favor comuníquese con la Bachiller en Obstetricia Karol Juliette López Ramírez al 943433314 (investigadora responsable).

IV. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CUESTIONARIO:

El siguiente cuestionario es ANÓNIMO, por lo tanto no se le pedirá que se identifique. La información que usted nos brinde solamente será usada para un estudio. Por tales razones expuestas le pedimos que sea totalmente sincera. Le agradecemos de antemano su colaboración.

EDAD: _____

GRADO DE INSTRUCCIÓN:

- Primaria Completa ☐ Incompleta ☐
- Secundaria Completa ☐ Incompleta ☐
- Superior técnica Completa ☐ Incompleta ☐
- Superior universitaria Completa ☐ Incompleta ☐

ESTADO CIVIL:

- Soltera ☐
- Casada ☐
- Conviviente ☐
- Separada ☐

OCUPACIÓN: _____

LUGAR DE PROCEDENCIA: _____

RELIGIÓN:

- Católica ☐
- Evangélica ☐
- Ninguno ☐
- Otros: _____

¿A qué edad inicio sus relaciones sexuales?: _____ años

¿Cuántas parejas sexuales ha tenido? _____

Número de hijos: _____

¿Actualmente utiliza alguno de los siguientes métodos anticonceptivos?

- No utilizo ☐
- Píldoras anticonceptivas ☐
- Ampolla de tres meses ☐
- Ampolla de un mes ☐

- Preservativo ☐
- T de Cobre ☐
- Otro _____

Usted supo sobre la existencia de la Anticoncepción Oral de Emergencia por:

- Familiares ☐
- Amigos ☐
- Pareja ☐
- Medios de comunicación ☐
- Personal del centro de salud u hospital ☐
- Personal de clínica o consultorio privado ☐

CONOCIMIENTOS:

A continuación responda las siguientes preguntas marcando con un aspa (X), si la respuesta es “Si” o “No”.

Nº	PREGUNTA	SI	NO
1	La anticoncepción oral de emergencia se utiliza para prevenir un embarazo no deseado		
2	La anticoncepción oral de emergencia es un método de planificación familiar.		
3	La anticoncepción oral de emergencia provoca el aborto.		
4	La anticoncepción oral de emergencia es 100% segura.		
5	La anticoncepción oral de emergencia se utiliza en casos de violación.		
6	La anticoncepción oral de emergencia se utiliza cuando por accidente se rompe el preservativo durante la relación sexual.		
7	La anticoncepción oral de emergencia se utiliza cuando una mujer se olvidó de tomar sus píldoras anticonceptivas.		
8	La anticoncepción oral de emergencia se utiliza cuando una mujer no se colocó su ampolla anticonceptiva y tuvo relaciones sexuales sin protección en ese periodo.		
9	La anticoncepción oral de emergencia se utiliza cuando una mujer expulso accidentalmente la T de Cobre.		
10	La anticoncepción oral de emergencia se puede usar de forma continua		
11	La anticoncepción oral de emergencia protege contra las Infecciones de Transmisión sexual, VIH/SIDA.		
12	La anticoncepción oral de emergencia podría ocasionar malformaciones en los recién nacidos.		
13	El anticonceptivo oral de emergencia se debe tomar dentro de las 72 horas desde ocurrido la relación sexual no protegida.		
14	Posterior a la toma de el anticonceptivo oral de emergencia podría presentarse náuseas o dolor de cabeza.		
15	El uso de anticonceptivo oral de emergencia puede producir un sangrado vaginal o goteo irregular.		

PRÁCTICAS:

1. **¿A qué edad usó por primera vez la el anticonceptivo oral de emergencia?** _____
2. **¿Antes de usar la el anticonceptivo oral de emergencia por primera vez recibió consejería profesional sobre este método?**
SI _____ NO _____
3. **En un año, ¿Cuántas veces como máximo ha llegado a usar el anticonceptivo oral de emergencia?**
 - a) Solo una vez
 - b) Dos veces
 - c) Tres veces
 - d) Cuatro veces
 - e) Más de cuatro veces
4. **¿Cuándo fue la última vez que uso el anticonceptivo oral de emergencia?**
 - a) Hace menos de 1 año
 - b) Hace más de 1 año
5. **¿Cuál fue el motivo que la llevó a usar el anticonceptivo oral de emergencia? (Si tuvo más de un motivo puede marcar más de una opción)**
 - ☐ Porque no usé ningún método anticonceptivo de forma continua.
 - ☐ Por tener relaciones sexuales sin mi consentimiento.
 - ☐ Porque el preservativo (condón) se rompió durante la relación sexual.
 - ☐ Porque me olvidé de tomar la píldora anticonceptiva.
 - ☐ Porque expulsé accidentalmente la T de Cobre
 - ☐ Porque no fui a mi cita para que me coloquen la ampolla anticonceptiva
6. **¿Dónde adquirió el anticonceptivo oral de emergencia? (Si lo adquirió en más de un lugar puede marcar más de una opción)**
 - ☐ En una farmacia o botica
 - ☐ En una clínica particular
 - ☐ Una amiga(o) o familiar me la dio.
 - ☐ Mi pareja me la dio
7. **¿Cuál fue la marca de el anticonceptivo oral de emergencia que adquirió? (Si usó más de una marca prosiga a marcarlos)**
 - a) Postinor 2
 - b) Microgynon
 - c) Nordette
 - d) Lo-Femenal
 - e) Neogynon
 - f) Minigynon
 - g) Ovrette
 - h) Otro _____
 - i) No recuerdo*

Si no recuerda que marca usó, pero si recuerda como lo usó prosiga a contestar las cuatro últimas preguntas.

8. **El anticonceptivo oral de emergencia que tomó constó de:**
 - a) 1 tableta
 - b) 2 tabletas

- c) 3 tabletas
- d) 4 tabletas
- e) 20 tabletas

9. ¿A las cuántas horas después de la relación sexual tomó el anticonceptivo oral de emergencia?

- a) Antes de las 24 horas (1 día)
- b) Después de las 24 horas y antes de las 72 horas(3 días)
- c) Después de las 72 horas

10. Solo si el anticonceptivo oral de emergencia que adquirió constaba de 2 tabletas, responda en que momento tomó la segunda dosis:

- a) Después de 12 horas de haber tomado la primera dosis.
- b) Antes de las 12 horas de haber tomado la primera dosis
- c) A las 12 horas de haber tomado la primera dosis
- d) Tome las dos tabletas juntas
- e) Solo tomé una tableta

V. TABLAS DE ANEXO:

Tabla N°1. Esquema de administración de dosis. Método Yuzpe.

DENOMINACIÓN	FÓRMULA POR TABLETA	DOSIS INICIAL (antes de 72 horas)	2DA. DOSIS (12 horas después de dosis inicial)
Lo-Femenal®	Etinilestradiol 30 mg Norgestrel 0.30 mg	4 tabletas	4 tabletas
Neogynon®	Etinilestradiol 50 mg L-norgestrel 0.25 mg	2 tabletas	2 tabletas
Microgynon®	Etinilestradiol 30 mg	4 tabletas	4 tabletas
Nordette®	L-norgestrel 0.25 mg		
Minigynon			

Fuente: PROMSEX 2006: 9.

Tabla N°2. Esquema de administración de dosis. Método de solo progestágeno.

DENOMINACIÓN	FÓRMULA POR TABLETA	DOSIS INICIAL (antes de 72 horas)	2DA. DOSIS (12 horas después de dosis inicial)
Postinor-2®	L-norgestrel 0.75 mg	1 tabletas	1 tabletas
Ovrette®	Norgestrel 75 mg	20 tabletas	20 tabletas

Fuente: PROMSEX 2006: 9.

VI. VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

VALIDEZ DE CONTENIDO: PRUEBA BINOMIAL: JUICIO DE EXPERTOS

CRITERIOS	N° Juez						Prob.
	1	2	3	4	5	6	
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	1	1	1	1	1	1	0.031
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	1	1	1	1	1	1	0.031
3. La estructura del instrumento es adecuado	1	1	1	1	1	1	0.031
4. Los ítems (preguntas) del instrumento están correctamente formuladas. (claros y entendibles)	0	0	0	0	1	1	0.312
5. Los ítems (preguntas) del instrumento responden a la Operacionalización de la variable	1	0	1	1	1	1	0,156
6. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	1	1	1	1	1	1	0.031
7. Las categorías de cada pregunta (variables) son suficientes.	1	1	1	1	1	1	0.031
8. El número de ítems (preguntas) es adecuado para su aplicación	0	1	1	1	1	1	0.156

Se tiene en consideración que 1pto es Favorable y 0 ptos es Desfavorable. Mediante Juicio de Expertos se midió la validez del Contenido, obteniéndola prueba binomial, lo cual muestra evidencias estadísticas para afirmar que existe concordancia favorable entre los cinco jueces respecto a la validez del instrumento ($p < 0.005$). Los ítems 1, 2, 3, 6, 7 tienen un $p < 0.05$, por lo tanto, sí existe concordancia en estos ítems. El ítem 4,5 y 8 fueron revisados de forma cualitativa, por lo cual se mejoró la redacción de algunos ítems según lo sugerido por los expertos, para mejorar el instrumento.

VII. CONFIABILIDAD POR COEFICIENTE DE KUDER – RICHARDSON

Encuestado	Preguntas o ítems																Puntaje Total (xi)	(xi-X)²
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16		
E1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	9	0.04
E2	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	11	3.24
E3	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	10	0.64
E4	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	8	1.44
E5	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	7	4.84
E6	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	9	0.04
E7	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	13	14.44
E8	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	7	4.84
E9	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	10	0.64
E10	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	11	3.24
E11	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	11	3.24
E12	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	6	10.24
E13	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	7	4.84
E14	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	8	1.44
E15	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	7	4.84
E16	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	13	14.44
E17	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	6	10.24
E18	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	8	1.44
E19	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	8	1.44
E20	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	12	7.84
E21	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	12	7.84
E22	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	10	0.64
E23	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	11	3.24
E24	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	8	1.44
E25	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	12	7.84

E26	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	5	17.64
E27	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	12	7.84
E28	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	11	3.24
E29	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	7	4.84
E30	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	7	4.84
Total	29	29	14	20	24	20	8	9	4	29	30	8	21	16	5	15	276	152.80
Media	0.97	0.97	0.47	0.67	0.80	0.67	0.27	0.30	0.13	0.97	1.00	0.27	0.70	0.53	0.17	0.50	9.20	
p=	0.97	0.97	0.47	0.67	0.80	0.67	0.27	0.30	0.13	0.97	1.00	0.27	0.70	0.53	0.17	0.50	9.20	
q=	0.03	0.03	0.53	0.33	0.20	0.33	0.73	0.70	0.87	0.03	0.00	0.73	0.30	0.47	0.83	0.50	-8.20	
p.q=	0.03	0.03	0.25	0.22	0.16	0.22	0.20	0.21	0.12	0.03	0.00	0.20	0.21	0.25	0.14	0.25	-75.44	
# de ítems	30																	
# de encuestas	16																	

(st)exp2	9.55
----------	------

rtt **Muy**
9.206 confiable